

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**CRENÇAS PARENTAIS SOBRE O SONO DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-  
ESCOLAR**

**Inês Duque Agostinho Chambel**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**  
**NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DA DOENÇA**

**Ano 2013**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**CRENÇAS PARENTAIS SOBRE O SONO DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-  
ESCOLAR**

**Inês Duque Agostinho Chambel**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros e  
Co-Orientada pela Mestre Ana Rita Goes

**SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**  
**NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DA DOENÇA**

**Ano 2013**

## Agradecimentos

Aos meus avós sempre presentes.

Aos meus pais e irmão, para além de tudo, por toda a dedicação, amor, educação e força. E especialmente por me terem ensinado a ser feliz. “Ser feliz não é ter uma vida perfeita. Mas usar as lágrimas para irrigar a tolerância. Usar as perdas para refinar a paciência. Usar as falhas para esculpir a serenidade. Usar a dor para lapidar o prazer. Usar os obstáculos para abrir as janelas da inteligência.” *August Curey*

Ao Júlio, pela paciência, pelo amor, carinho e apoio em todos os momentos.

À Dr<sup>a</sup>. Ana Rita e à Professora Dr<sup>a</sup> Luísa, porque sem as suas ajudas, disponibilidade e dedicação este desafio teria sido muito mais difícil de ultrapassar. Agradeço todas críticas, ensinamentos e paciência.

À Raquel, mais do que uma amiga, pelas suas palavras de conforto, pela ajuda e pelos sorrisos guardados em momentos em que dificilmente “eles” teriam existido.

À Rita, pelo seu carinho, ajuda, e por Tudo o resto.

À Inês Laborinho e Ana Santos, que com muita generosidade se mostraram dispostas para ajudar.

Às diretoras, educadoras, pais e crianças da instituição onde foram recolhidos os dados.

À Nicola, à Juca e à “Pulga”, por todos os valores e força, que sem dizerem uma palavra me deram.

## Resumo

Os problemas de sono são uma das preocupações mais comuns em crianças (Thiedke, 2001). Estudos anteriores demonstraram que as crenças e as estratégias parentais se relacionam com problemas de sono infantil (Morell & Coritna-Borja, 2002).

Este estudo pretendeu descrever o desenvolvimento de dois questionários sobre crenças parentais (PBSQ) e estratégias parentais (PSSQ) relacionadas com o sono infantil explorar a sua estrutura fatorial e consistência interna. Adicionalmente, pretendeu descrever os padrões e dificuldades de sono das crianças e as crenças e estratégias parentais relacionadas com o sono. Por fim, pretendeu-se descrever as associações entre as crenças, estratégias e problemas de sono em crianças.

Participaram neste estudo 122 pais de crianças com idades entre os 1 e os 7 anos ( $M = 4$ ,  $DP = 1,36$ ).

Os pais preencheram um conjunto de questionários sobre as características sociodemográficas dos pais e das crianças, os hábitos e dificuldades de sono das crianças e as crenças e estratégias parentais relacionadas com o sono.

A análise fatorial dos dois questionários revelou estruturas coerentes com os aspetos teóricos e empíricos que orientaram a sua construção e boa consistência interna. No questionário sobre as crenças parentais, foram encontradas 5 escalas (consequências do não envolvimento parental, eficácia/controlo, normalização, dramatização e conforto). No questionário de estratégias parentais relacionadas com o sono, emergiram 3 escalas (presença, ambiente e regulação). Os resultados demonstraram, também, que as crenças sobre eficácia/controlo e conforto se associaram com as estratégias usadas pelos pais e com as dificuldades de sono das crianças.

Os resultados deste trabalho reforçaram a importância do papel das crenças parentais para a escolha das estratégias a utilizar para adormecer as crianças e para as dificuldades relacionadas com o sono em crianças pequenas.

**Palavras chave:** Sono infantil, Crenças parentais, Estratégias parentais, Problemas de sono, Padrões de sono.

## Abstract

Sleep problems are one of the most common concerns in children (Thiedke, 2001). Previous studies showed that cognitions and parenting strategies are related to children's sleep problems (Morell & Coritna- Borja, 2002). The main target of this study was describing the development of two surveys about parental cognitions (PBSQ) and parenting strategies (PSSQ) related to sleep and to explore their factorial structure and internal consistency. Additionally, we want to describe the patterns and major children's sleep problems and the cognitions and parental strategies related to sleep. Finally, it was intended to describe associations between the cognitions, strategies and sleep problems in children.

The participants of this study were 122 parents of children aged between 1 and 7 years old (M=4, DP=1,36).

Parents filled out a set of questionnaires about the socio-demographic characteristics of parents and children, habits and sleep difficulties of children and the cognitions and parental sleep-related strategies.

Factor analysis of both questionnaires revealed structures consistent with the theoretical and empirical aspects that guided its construction and good internal consistency. In what concerns the questionnaire about parental cognitions, we found out that there are 5 degrees (as a result of the non-involvement of parents, effectiveness/control, standardisation, dramatization and confort). Finally, from the questionnaire about parenting strategies related to sleep, emerged 3 degrees (presence, environment and regulation).

The results also showed us that cognitions about efficacy/control and confort become related to the strategies used by parents and to the sleep difficulties of the children. The final results of this work reinforced the importance of the role of parental cognitions for the choice of the best strategies to be used of getting children to sleep, and to the difficulties related to young children's sleep.

**Key words:** Infant sleep, Parental cognitions, Parenting strategies, Sleeping problems, Sleep patterns, Sleep habits.

## Índice

I. Enquadramento teórico .....	9
1.2. Classificação dos problemas de sono.....	10
1.3. Determinantes dos problemas de sono infantis.....	12
1.3.1. Comportamentos interativos (Pais – Criança) / Estratégias parentais.....	15
1.3.2. Crenças Parentais sobre o sono. ....	19
II. Objetivos .....	25
III. Metodologia.....	26
3.1. Caracterização da amostra .....	26
3.2. Instrumentos.....	27
3.3. Procedimento .....	29
3.4. Procedimentos estatísticos .....	29
IV. Resultados .....	31
4.1. Estudos iniciais do PBSQ .....	31
4.1.1. Descrição da Análise fatorial e Consistência Interna do PBSQ.	
4.2. Estudos iniciais do PSSQ.....	35
4.2.1 Descrição da Análise fatorial e Consistência Interna do PSSQ.	
4.3 Padrões, hábitos e dificuldades de sono das crianças .....	39
4.4. Crenças parentais acerca do sono .....	40
4.5. Estratégias parentais relacionadas com o sono .....	43
5. Descrição das Associações .....	45
5.1 Associação entre os Problemas de sono e as variáveis sociodemográficas .....	45
5.2. Associações entre Crenças Parentais e variáveis sociodemográficas .....	47
5.3. Associação entre Estratégias Parentais e variáveis sociodemográficas .....	48
5.4. Duração do sono e crenças parentais .....	49
5.5. Duração do sono e estratégias parentais .....	50
5.6. Associações entre as Crenças parentais e as Estratégias relacionadas com o sono .....	50
5.7. Associações entre Problemas de sono e crenças parentais .....	51
5.8. Associações das Estratégias parentais e problemas de sono infantil .....	51
Discussão .....	53
Referências Bibliográficas.....	61

## Índice de tabelas

Tabela 1	
Características dos pais - escolaridade e trabalho .....	26
Tabela 2	
Frequências de resposta em cada item do questionário inicial PBSQ .....	31
Tabela 3	
Estrutura fatorial do PBSQ .....	34
Tabela 4	
Frequências de resposta em cada item do questionário inicial PSSQ .....	36
Tabela 5	
Estrutura fatorial PSSQ .....	38
Tabela 6	
Frequências absolutas e relativas dos itens relativos aos problemas de sono e mediana das escalas .....	40
Tabela 7	
Frequências de resposta em cada escala do questionário PBSQ .....	41
Tabela 8	
Frequências de resposta em cada escala do questionário PSSQ.....	45
Tabela 9	
Correlação entre os problemas de sono e a idade das crianças .....	46
Tabela 10	
Associações entre os problemas de sono e o sexo das crianças .....	46
Tabela 11	
Associações entre os problemas de sono e a escolaridade das mães .....	46
Tabela 12	
Resultados das Associações entre as cognições parentais e a idade da criança .....	47
Tabela 13	
Associações entre as cognições parentais e o sexo da criança .....	47
Tabela 14	
Associações entre as Cognições e a escolaridade das mães .....	48

Tabela 15	
Resultados das associações entre as estratégias parentais e a idade da criança.....	48
Tabela 16	
Resultados das associações entre as estratégias parentais e o sexo da criança.....	49
Tabela 17	
Resultados das associações entre as estratégias parentais e a escolaridade das mães .....	49
Tabela 18	
Resultados das associações entre a duração do sono e as cognições parentais .....	50
Tabela 19	
Resultados das associações entre a duração do sono e as estratégias parentais .....	50
Tabela 20	
Resultados das associações entre as estratégias parentais e as cognições parentais .....	51
Tabela 21	
Associações entre os problemas de sono e as cognições .....	51
Tabela 22	
Resultados das associações entre as estratégias parentais e os problemas de sono.....	52

### **Índice de figuras**

Fig.1- Modelo transaccional do sono .....	12
Fig.2- Modelo teórico de regulação do sono infantil .....	13



## **Introdução**

Entre 20% a 30% das crianças apresentam dificuldades relacionadas com problemas de sono. No entanto, estudos demonstram que a promoção do sono infantil e a compreensão das crenças e percepções parentais podem ajudar na prevenção dos problemas de sono de crianças em idades pré-escolares ( Tikotzky & Shaashua, 2011).

Ainda não se sabe o suficiente sobre a totalidade e o impacto dos fatores que interferem no sono infantil. A influência de alguns fatores nos problemas de sono das crianças têm sido muito discutidas por vários autores, no entanto, especialmente o impacto das crenças parentais em relação ao momento de adormecer as crianças ou aos problemas do sono infantil, foram raramente estudadas (Sadeh, 2005). A maioria dos estudos foca-se em amostras com bebés, ainda existindo poucos estudos sobre os problemas de sono infantil em crianças entre os 2 anos e os 6. Nesse sentido, parece importante compreender como é que as crenças e as estratégias parentais especificamente associadas ao sono infantil se relacionam entre si e com os problemas de sono em crianças com idades pré-escolares. Este trabalho pretende obter mais evidências sobre o impacto das crenças parentais nos problemas de sono e na escolha das estratégias que os pais utilizam para adormecer as crianças. Para além disso, foi também realizado o estudo de dois instrumentos de avaliação das crenças e estratégias parentais, desenvolvidos com propósitos de investigação.

Este trabalho divide-se em quatro secções. Na primeira secção é apresentado o enquadramento teórico sobre os problemas de sono em crianças. Serão discutidas as influências de alguns determinantes para os problemas de sono tais como as estratégias e as crenças parentais sobre o sono.

Na segunda secção é apresentada a metodologia usada neste estudo, que engloba a caracterização da amostra, descrição dos instrumentos, descrição do procedimento de recolha de dados e dos procedimentos estatísticos.

Na terceira secção, são apresentados/descritos os resultados obtidos. Na primeira parte desta secção, são apresentados os estudos iniciais do Questionário de Crenças Parentais acerca do Sono (Parental Beliefs about Sleep Questionnaire [PBSQ], Goes & Barros, 2013) e do Questionário de Estratégias Parentais relacionadas com o Sono (Parental Sleep related Strategies Questionnaire [PSSQ];Goes & Barros, 2013), incluindo a análise de itens, a análise da estrutura fatorial e a análise da consistência interna da estrutura final dos questionários. Na segunda parte desta secção, serão descritos os problemas de sono, os hábitos de sono, os padrões de sono, as

estratégias parentais e as crenças parentais acerca do sono e os resultados dos estudos de associação entre as diferentes variáveis.

Na última secção serão discutidos resultados obtidos neste estudo.

## **I. Enquadramento teórico**

### **1.1. Sono Infantil**

O sono infantil continua a ser um problema atual e predominante nas sociedades ocidentais (Johnson & McMahon, 2008). Os problemas de sono em crianças são considerados uma das preocupações mais comuns apresentadas pelos cuidadores aos pediatras (Thiedke, 2001). Entre 20% a 30% das crianças em geral apresentam problemas de sono (Sadeh, Flint-Ofir, Tirosh, & Tikotzky, 2007).

Tanto as definições dos problemas de sono como as definições dos padrões normais de sono na infância devem dar, necessariamente, ênfase às alterações de maturação das crianças mas também ao desenvolvimento físico normal, cultural, ambiental e às influências sociais a que a criança está sujeita (Owens, 2010).

Durante os primeiros anos de vida, ocorrem mudanças rápidas relacionadas com a consolidação do sono. Começa a haver uma diminuição significativa na proporção de sono REM, desde o nascimento (50% do sono) até à idade adulta (25% a 30%) (Iglowsteins, Jenni, Molinari e Largo, 2003). Durante o primeiro ano observa-se uma redução progressiva do número de horas de sono bem como uma diminuição do sono diurno. Pelos 9 meses, entre 70% a 80% das crianças dormem maioritariamente durante a noite, apresentando sinais de consolidação do sono. Fatores como a necessidade de objetos transicionais (chucha, boneco, ou um cobertor) e as rotinas de deitar começam a demonstrar a sua importância, embora estas influências sejam mais notadas com o avançar da infância. Entre os 12 e os 36 meses as crianças dormem cerca de 12 horas por dia. Geralmente as crianças desta idade dormem uma sesta entre uma hora e meia a três horas e meia, por dia. Nestas idades, o aumento da compreensão do significado simbólico dos objetos e o desenvolvimento da imaginação pode resultar num aumento dos pesadelos. Também fatores como o desejo crescente de autonomia e independência podem levar a maior resistência da criança ao deitar. A ansiedade de separação (com pico normalmente entre os 18 e 24 meses) é associada também a um aumento dos despertares noturnos. Entre os 3 e os 5 anos, as crianças dormem aproximadamente entre 11 a 12 horas por dia e a maioria das crianças com 5 anos já não dorme a sesta. Estas crianças precisam de um hora consistente de deitar e acordar. Dificuldades em adormecer e acordares noturnos continuam a ser muito comuns e por vezes coexistem na mesma criança (Iglowsteins et al, 2003).

Assim, este período de mudanças rápidas e constantes do sono infantil torna-se, tanto para as crianças como para as famílias, um desafio particular. Quando a consolidação do sono é problemática, as crianças e famílias podem sentir algum impacto destas dificuldades no

quotidiano. Um número crescente de estudos têm demonstrado uma associação entre perturbações do sono na infância e problemas de natureza emocional (Touchette et al, 2005; Reid, Hong & Wade, 2009; Gregory & O'connor, 2002), comportamental (Touchette, Petit, Tremblay & Montplaisir, 2009; Reid et al 2009), cognitivos (Touchette et al, 2009), assim como com, dificuldades no desenvolvimento e funcionalidade infantil em geral (Sadeh & Sivan, 2009). O bem-estar parental e a funcionalidade familiar também podem sofrer com os problemas de sono infantil (Sadeh et al, 2007), levando muitos cuidadores a procurar ajuda profissional ou a procurar e usar informação dos *media* para melhorar os problemas de sono dos seus filhos (Johnson, 1991).

## **1.2. Classificação dos problemas de sono**

O conceito de problemas de sono infantil não é consensual ou único, tornando-se muito difícil de operacionalizar. Até mesmo relativamente ao que constitui ou não um problema de sono não existe consenso.

Um dos fatores para tal divergência é o facto de as próprias famílias serem diferentes e, por isso mesmo, umas tolerarem os hábitos dos filhos e perceberem a situação como uma questão advinda do desenvolvimento, outras considerarem a situação como problemática (Thiedek, 2001). Além disso, cada ser humano é único, apresentando diferentes padrões de desenvolvimento do sono quando comparado com outros, ou consigo próprio em diferentes fases da vida. Evidências demonstram que os problemas de sono são mais comuns em crianças do que em adolescentes, por isso, talvez as dificuldades relacionadas com o sono possam ser vistas como parte do desenvolvimento normal do indivíduo e não tanto como indicativo de uma perturbação (Gregory & Sadeh, 2012). Isto porque, com o desenvolvimento, as crianças assumem diferentes padrões de sono, passando gradualmente a ter menor duração do sono, a dormir ciclos mais longos e a ter menos sono durante o dia (Owens & Witmans, 2004). Outro facto que pode interferir para a panóplia de conceitos relacionados com os problemas de sono, parece ser o sistema de classificação que cada profissional utiliza e também as próprias metodologias de avaliação (Gregory & Sadeh, 2012).

Segundo o DSM IV os problemas de sono apresentam uma divisão entre dissonias e parassonias. As dissonias são perturbações primárias da iniciação ou manutenção do sono ou de sonolência excessiva, caracterizados por uma perturbação na quantidade, qualidade ou regulação de ritmo do sono. Esta seção compreende Insónia Primária, Hipersonia Primária, Narcolepsia, Perturbação do Sono Relacionado com a Respiração, Perturbação do Ritmo Circadiano do Sono e Dissonia Sem Outra Especificação. Enquanto que as Parassonias dizem respeito ao

comportamento anormal ou fisiológico relacionado com eventos que ocorrem durante o sono ou na transição sono-vigília. Este tipo de perturbações engloba: Perturbações do despertar parcial (dorme-acorda), Sonambulismo, Perturbações associadas com o sono REM, Pesadelos, Bruxismo, Enurese noturna (DSM-IV).

De acordo com a Classificação Internacional de Problemas de Sono (2005), a insónia comportamental é um problema de sono específico das crianças. Existe a insónia de associação, a insónia por dificuldades na imposição dos limites e a insónia do tipo combinado. A primeira é caracterizada pela necessidade que a criança demonstra em ter cuidados especiais (por exemplo, ser embalada) cuja repetição leva ao aumento dessas mesmas exigências. Assim, na ausência desse fator associado haverá dificuldades de sono, nomeadamente, atraso a iniciar ou a retomar o sono quando interrompido. Os critérios de diagnóstico referem a existência de 1) um início do sono prolongado, que requer condições particulares, 2) exigências por parte da criança para iniciar o sono, 3) atraso significativo do início do sono na ausência de tais condições, e 4) a intervenção do cuidador é indispensável para que a criança adormeça novamente após os acordares noturnos.

A segunda caracteriza-se pela recusa ou adiamento por parte da criança em ir para a cama. Os critérios de diagnóstico são: 1) dificuldades em iniciar ou manter o sono, 2) protelar ou recusar ir para a cama ou depois de um acordar noturno, 3) falta ou insuficiência de limites estabelecidos pelos pais em relação à hora de dormir e aos comportamentos relacionados com o sono. Se uma criança requer certas circunstâncias para iniciar o sono ou após despertares noturnos frequentes e problemáticos, mas também demonstra resistência ao deitar, o diagnóstico é do tipo combinado.

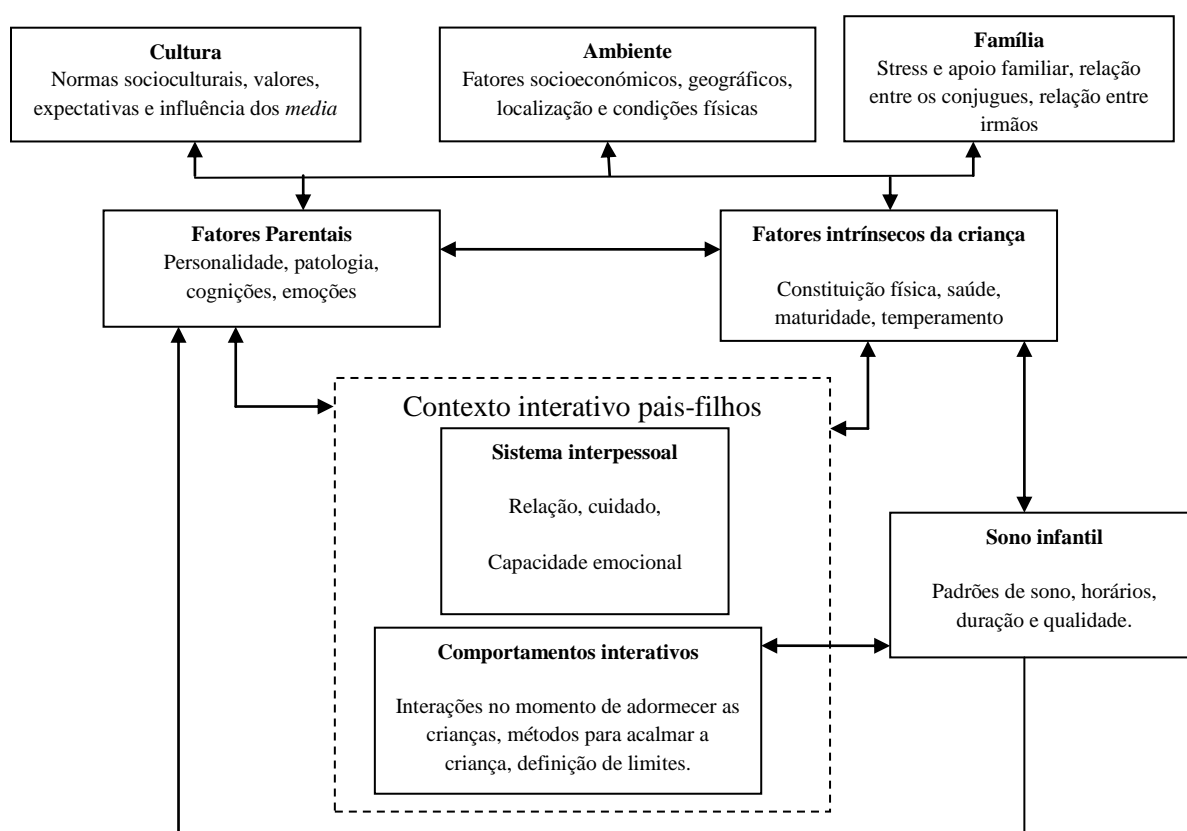
Estudos específicos demonstraram uma prevalência global de diferentes problemas do sono, relatados pelos pais, entre 25% a 50% em crianças em idade pré-escolar (Kerr & Jowett (1994) cit in Owens, 2004) e cerca de 37% em crianças entre os 4 e os 10 anos (Owens et al, 2007).

Entre os 12 e os 36 meses, os problemas do sono ocorrem em cerca de 25% a 30% das crianças, estando a resistência ao deitar presente em aproximadamente 10% a 15% de crianças, e os despertares noturnos em 15% a 20% das crianças ( Kuhn & Weidinger (2000) ; Lozoff , Wolf & Davis (1985), citados em Owens, 2004 ). Em crianças entre os 3 e os 5 anos, é comum existirem dificuldades em adormecer (15%) e despertares noturnos (30%), podendo em alguns casos coexistir na mesma criança (Owens, 2004).

### 1.3. Determinantes dos problemas de sono infantil

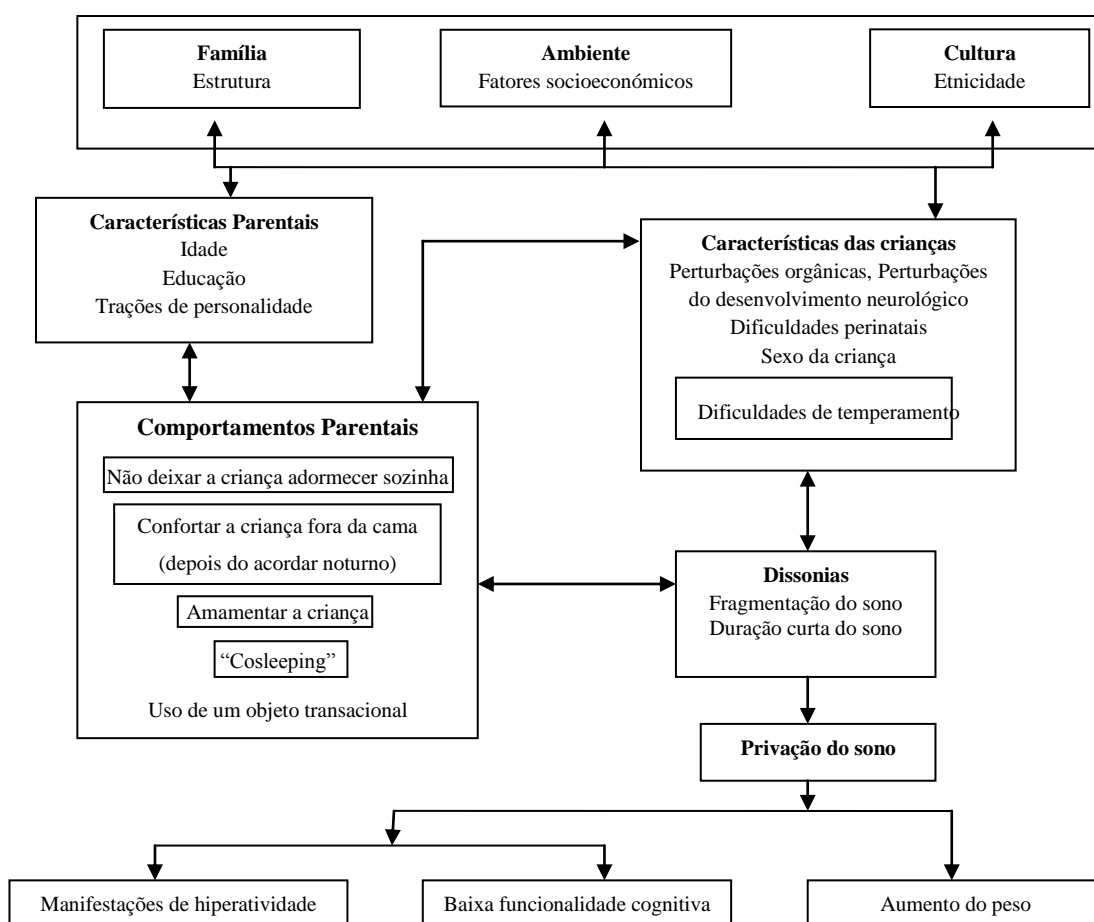
De entre os fatores que têm sido estudados para explicar os problemas de sono infantil, destacam-se fatores biológicos, fatores da criança (e.g., idade, sexo, desenvolvimento, psicopatologia, temperamento) e fatores ambientais.

Alguns modelos explicativos dos problemas de sono infantil propõem processos específicos para a associação entre estes diferentes fatores e o sono da criança. Por exemplo, o modelo Transaccional (fig.1) proposto por Sadeh e colegas (2010) enfatiza que o sono infantil é influenciado pela maturação da criança, pelos fatores biológicos, temperamentais, médicos e também por influências parentais (principalmente percebidas a partir dos comportamentos interativos por parte dos pais para com os filhos no momento de os adormecer). De acordo com o modelo, as relações entre os comportamentos dos pais e dos filhos relativos ao sono infantil são bidirecionais. As cognições/crenças dos pais, expectativas, emoções e comportamentos relacionados com o sono infantil são influenciados, segundo este modelo, pelo contexto sociocultural e ambiental (a história de vida e memórias, a personalidade, a presença ou ausência de psicopatologia nos pais ou na criança; a idade da criança e as suas características, os padrões de sono adquiridos pela criança, etc) (Sadeh et al, 2010).



**Fig1.** Modelo transaccional adaptado de Sadeh e colegas (2010)

Touchette e colegas (2009) propuseram o Modelo Teórico de Regulação do Sono Infantil (fig.2), que também enfatiza o papel dos fatores parentais. De acordo com este modelo, os fatores mais fortemente associados às dissonias incluem os comportamentos específicos dos pais no período de sono da criança, as características de personalidade dos pais tal como a sobreprotecção, depressão e as características das crianças, dando especial relevo ao temperamento difícil. Todos estes fatores são, por sua vez, influenciados pela cultura, características socioeconómicas e estrutura familiar. Este modelo contempla também as potenciais consequências advindas dos problemas de sono na infância, risco de ter altos valores de hiperatividade-impulsividade, baixo desempenho em testes cognitivos, e excesso de peso/obesidade perto dos 6 anos de idade (Touchette et al, 2009).



**Fig.2** Modelo teórico de regulação do sono infantil adaptado de Touchette e colegas(2009).

Como se pode verificar, os fatores ambientais, como os fatores socioeconómicos e geográficos, têm recebido uma atenção particular nos modelos explicativos dos problemas de sono infantil, mas também na literatura empírica. Neste âmbito, as variáveis que dizem respeito ao contexto familiar da criança têm sido largamente exploradas. Vários trabalhos têm estudado o

papel dos fatores parentais e têm encontrado associações entre características sociodemográficas dos pais (Reid et al, 2009), disfunção familiar e psicopatologia parental (El-Sheikh et al; 2007; Gregory et al, 2005) parentalidade (Owens et al, 1997) e problemas de sono em crianças pequenas.

No que se refere às características sociodemográficas, alguns estudos têm explorado o papel do nível educacional dos pais, (Moore e Ucko, (1957), da cultura e da estrutura familiar (Rona et al ,1998; Touchette et al, 2005; El-Sheikh et al, 2007). Os resultados destes estudos não são totalmente consistentes. Por exemplo, um estudo epidemiológico (Touchette et al, 2005) em crianças com idades entre os 8 e 9 anos revelou que as crianças que vivem numa estrutura familiar “modificada” ou não tradicional apresentam maior risco de passar por problemas de sono. Outros estudos têm mostrado que a estrutura familiar tem pouca influência sobre a consolidação do ritmo de sono-vigília em crianças entre os 12 e os 36 meses (Minde et al 1993). Em relação ao próprio funcionamento ou ambiente familiar, El-Sheikh e colegas (2007) encontraram resultados de que os conflitos conjugais provocavam insegurança emocional nas crianças e como consequência, problemas de sono infantil.

Adicionalmente, dificuldades parentais (por exemplo, psicopatologia) têm sido propostas como um mecanismo fundamental para o desenvolvimento de problemas de sono em crianças (Anders et al. (2000) cit in Reid et al, 2009; Seifer et al., 1996; Paret, (1983) cit in Touchette et al, 2009). Curiosamente, um estudo de Sinai e Tikotzky (2011) afirma que as mães que consideram que o seu bebé dorme bem, apesar de relatarem dificuldades relacionadas ao sono, foram menos propensas a relatar depressão. Os autores ponderam que a perceção materna de boa qualidade de sono atenua a associação entre problemas do sono e depressão materna.

Reid e colaboradores (2009) sugerem que as características sociodemográficas terão uma influência indireta no sono infantil. De acordo com estes autores, características sociodemográficas negativas (isto é, pais jovens, baixa escolaridade, etc) estão relacionadas com disfunção familiar e com sintomas depressivos, relacionando-se por sua vez com parentalidade negativa (i.e. pais negligentes), que consequentemente está associada a mais problemas de sono. Tal como acontece nos modelos explicativos do sono infantil referidos anteriormente, diferentes variáveis do ambiente da criança contribuirão para os problemas de sono essencialmente através da sua influência nos comportamentos dos pais.

Quanto às normas culturais, estas parecem ter também um papel fulcral no processo do sono infantil, sendo que determinam em parte os limites entre o que se considera normal ou problemático. O que se compreende como problemático e normal, o horário de sono-vigília, os



comportamentos e as expectativas parentais sobre o sono parecem variar conforme o esperado na cultura em que cada um está inserido (Jenni & O'conner, 2005).

### **1.3.1. Comportamentos interativos (Pais – Criança) / Estratégias parentais.**

O papel de comportamentos parentais específicos para o desenvolvimento de padrões, hábitos e problemas de sono tem sido repetidamente demonstrado (Sadeh et al, 2010). Vários estudos têm mostrado que os comportamentos parentais relacionados com o sono têm influência direta no desenvolvimento dos problemas do sono infantil (por exemplo, Anders et al, 1992). A estratégia mais estudada tem sido o envolvimento parental no momento de adormecer as crianças. A presença dos pais no momento de adormecer, embalar a criança para adormecer (Touchette et al, 2005), alimentar a criança durante a noite (Morell & Cotina-borja, 2002) e dormir com a criança (Owens, 2004), têm sido sistematicamente apontados como constituindo uma influência importante no desenvolvimento de problemas de sono.

O estudo de Touchette e colegas (2005), com crianças de 5 meses, pretendeu identificar os fatores associados ao sono inferior a 6 horas consecutivas durante a noite. Estas crianças foram novamente avaliadas 17 e 29 meses com o mesmo objetivo. O estudo longitudinal pretendeu demonstrar a evolução do sono entre estas idades. Os resultados demonstraram que alguns comportamentos parentais específicos, tais como a presença dos pais durante o início do sono e a transferência da criança para a cama dos pais em resposta aos despertares noturnos, são os maiores preditores de problemas de sono no início da infância (Touchette et al, 2005). Estando as crianças habituadas a adormecer com a presença dos pais, se acordam durante a noite vão sentir muito provavelmente maior dificuldade para voltarem a adormecer sozinhas e vão pedir a presença de um adulto (Touchette et al, 2009).

No mesmo estudo, Touchette e colegas (2005) referem que da amostra de crianças que entre os 5 meses e os 17 meses de idade não dormiam seis horas consecutivas durante a noite, 32,9% das crianças aos 29 meses de idade continuaram sem conseguir dormir 6 horas consecutivas, passando a estar mais associada a necessidade da presença dos pais para a criança adormecer.

Confortar a criança fora da sua cama (em vez de na sua própria cama) após um despertar, também se associou a menor consolidação do sono em crianças (Touchette et al, 2005). Inicialmente, se a criança for confortada fora da sua cama pode interferir com o desenvolvimento de hábitos relacionados com a autonomia do sono, como as capacidades de autocontrolo e auto conforto (por exemplo, em momentos em que a criança terá/deverá adormecer sozinha, sem

ajuda parental). Existem, portanto, evidências que as crianças que dormem com alto nível de envolvimento dos pais não conseguem desenvolver a sua própria autorregulação e, por isso, continuam a contar com o envolvimento dos pais para as acalmar durante a noite (por exemplo, Touchette et al, 2005).

As estratégias usadas pelos pais para adormecer as crianças são muito diferenciadas e dependentes de vários fatores (cultura, características dos pais e das crianças, etc). No entanto, Morrell e Cortina-Borja (2002) distinguiram cinco estratégias parentais específicas para adormecer as crianças: " confortar fisicamente de forma ativa" (por exemplo abraçar); "encorajar a autonomia infantil " (por exemplo, deixar chorar); "estratégia de movimento" (por exemplo, dar passeios de automóveis), " confortar fisicamente de forma passiva "(por exemplo, pais de pé ao lado da cama), e " conforto social " (por exemplo, ler uma história). Comparando crianças que dormem na sua cama com ajuda mínima dos pais, com crianças que dormem com envolvimento muito significativo dos pais (isto é, pais que alimentam ou balouçam a criança, etc.), estes últimos são mais propensos a ter um aumento do número e da duração dos acordares noturnos ( Morrell& Cortina-Borja 2002). Um estudo apontou para que pais de crianças com problemas de sono, pelo menos entre os 12 e os 19 meses, têm tendência a envolverem-se ou intervirem muito mais no momento de deitar os seus filhos, comparando com pais de crianças sem problemas de sono (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Os autores avaliaram também as mudanças de estratégias parentais ao longo de um ano, concluindo que a falha por parte dos pais em diminuir o uso de estratégias de conforto físico, resultou diretamente em problemas de sono. As crianças com problemas de sono e com pais que apenas mais tarde usaram estratégias relacionadas com o incentivo da autonomia, foram associadas a maior probabilidade de persistência de problemas do sono infantil. Para além disso, os resultados do estudo referido, demonstraram que os pais em geral diminuíram o uso de estratégias de movimento e aumentaram o uso do conforto físico passivo e conforto social.

Morrell & Cortina- Borja (2002) concluíram que o excesso de conforto físico ativo, combinado com reduzido incentivo de autonomia, foi associado a mais problemas de sono infantil. Outros resultados são semelhantes por exemplo, Sadeh et al (2009) com base numa amostra recolhida através da Internet nos EUA-Canadá, concluiu que as intervenções dos pais e a ecologia do sono (i.e. horários de sono, sitio onde a criança dorme, se é usada uma rotina de dormir ou não, etc ) explicam uma parte significativa da variabilidade nos padrões de sono da criança. As intervenções dos pais que incentivam a independência e o auto-conforto foram associados com sono mais prolongado e consolidado. Quanto à estratégia de conforto físico passivo, assim como a estratégia de conforto físico ativo (dar mimos, e deixar que a criança fique

na cama dos pais para de adormecerem), foram por si só individualmente associadas significativamente a problemas de sono (Morell & Cortina-borja, 2002).

As estratégias de alimentação usadas para adormecer as crianças foram as associadas com acordares noturnos mais frequentes e com menor percentagem de capacidade de auto-conforto (Morell & Cortina-borja, 2002). Por exemplo, também no estudo de Touchette e colegas (2005), os resultados demonstraram que alimentar a criança após o despertar noturno foi fortemente associado com sonos com durações inferiores a 6 horas consecutivas por noite, entre os 5 e os 17 meses de idade (23,5% das crianças). No entanto, este comportamento é considerado normal em crianças que ainda são amamentadas.

Num estudo de Mindell et al, (2009), a implementação parental de rotinas de dormir resultou em reduções significativas nos comportamentos problemáticos do sono, tanto em crianças como em bebés. Foram observadas melhorias significativas no tempo que as crianças demoravam a adormecer e no número/duração dos despertares noturnos. O próprio tempo de sono aumentou e houve uma diminuição significativa do número de mães que avaliaram o sono dos filhos como problemático. O estado de humor materno também melhorou significativamente.

As influências culturais e sociais estão, também, claramente relacionadas com as práticas parentais sobre o sono, especificamente na hora de adormecer ou de lidar com os despertares noturnos infantis. Encontraram-se resultados em que bebés e crianças de países predominantemente asiáticos, entre os 0 e os 3 anos, estão mais habituados a adormecer mais tarde, dormir menos, dormir normalmente com os pais na mesma cama ou quarto e a reportarem mais dificuldades relacionadas com o sono, em comparação com crianças predominantemente caucasianas (Mindell et al, 2010). No entanto, os comportamentos parentais relacionados com o sono são mais preditivos de problemas de sono em países predominantemente caucasianos do que em países predominantemente asiáticos (Sadeh et al, 2011). Um dos melhores exemplos para realçar as diversidades de práticas relacionadas com o sono infantil comparando as diferentes culturas é o “co-sleeping”. Quando os pais apenas experimentam dormir com os filhos na mesma cama para resolver um problema de sono subjacente à criança (“co-sleeping reativo”), e não como uma opção de vida, podem produzir apenas uma “trégua temporária” ao problema e contribuir para possíveis problemas de sono mais significantes (Owens 2004). Num estudo de Morelli, Rogoff, Oppenheim e Goldsmith (1992), pais Maia acreditavam que o “co-sleeping” era a única “forma razoável” de se dormir, enquanto os pais norte-americanos apenas se sentiram confortáveis em manter os filhos recém-nascidos ao lado das suas camas “para se certificar de que eles estavam a respirar” mas não se sentiram confortáveis em pô-los na própria cama. Entre os 3 e os 6 meses de vida, os pais americanos sentiram que as crianças já não eram vulneráveis e

por isso, com medo de interferir com o progresso da criança a nível de independência e autonomia, a maioria dos pais americanos na amostra levaram as crianças para um quarto separado. O “co-sleeping” tem assim diferentes implicações para os problemas de sono infantil, dependendo do contexto cultural (Anders & Taylor, 1994).

Em consonância com estes estudos, os comportamentos parentais que constam nas recomendações específicas sobre o sono infantil incluem incentivar as crianças a adormecer na sua própria cama sozinhas e que as intervenções parentais sejam limitadas, tal como a alimentação ou o recorrer a outras formas de contato físico quando as crianças acordam durante a noite (Sadeh, 2005). A rotina de dormir é também uma intervenção comportamental comum e simples para problemas de sono em crianças pequenas, com mais de 90% dos pediatras a recomendar a implementação de uma rotina de dormir aos pacientes com problemas de sono (Mindell, Moline, Zendell, Brown & Fry, 1994). Uma rotina de dormir consiste em envolver os pais e os filhos nas mesmas atividades e na mesma ordem, todas as noites, antes da criança adormecer (Mindell, Telofski, Wiegand, & Kurtz, 2009; Sadeh & Sivan, 2009).

É de enfatizar ainda que os pais podem modificar as estratégias parentais usadas para adormecer as crianças com o passar do tempo. Os resultados demonstram que crianças entre os 2 e os 3 anos, que deixaram de dormir com os pais (“co-sleeping”) e passaram a dormir sozinhas no período de um ano, mostraram uma redução significativa nos problemas de sono (Madansky & Edelbrock (1990) cit in Morell e Cortina-Borja, 2002).

Concluindo, o envolvimento parental no momento de adormecer as crianças tem impacto tanto nos hábitos, como nos padrões e problemas de sono infantis. Os problemas de sono podem ser esperados quando os pais não são capazes de se adaptar aos “pedidos”/comportamentos das crianças ou a outros fatores, mudando as suas estratégias. Para a facilitação da regulação infantil do sono-vigília o relativo equilíbrio entre o uso parental de estratégias de conforto e o uso de estratégias que incentivem a autonomia parecem ser o principal fator (Morrell & Cortina-Borja, 2002).

A literatura apresenta evidências de que os pais podem mudar de estratégias de adormecer as crianças, ao longo do desenvolvimento das mesmas (Morell & Cortina-Borja). No entanto, sabe-se relativamente pouco acerca das estratégias parentais para adormecer crianças mais velhas, assim como, qual a influência destas mesmas estratégias na qualidade do sono infantil. Seria bom compreender como é que as estratégias parentais especificamente associadas ao sono infantil se relacionam com os problemas de sono em crianças em idade pré-escolar, sendo que a maioria dos estudos se focam em bebés. Para além disso, é importante compreender

quais os fatores que se relacionam com a escolha das estratégias adotadas pelos pais (Reid et al, 2009).

### **1.3.2. Crenças Parentais sobre o sono.**

A investigação tem apoiado sistematicamente o papel central dos comportamentos parentais para a qualidade do sono da criança, embora alguns autores tenham sublinhado a necessidade de explorar outros fatores emocionais e cognitivos que possam estar subjacentes aos problemas de sono da criança e que possam contribuir para explicar os comportamentos adotados pelos pais (Morell, 1999). De forma consistente, a maioria das intervenções para diminuir os problemas de sono apostam não só na mudança de alguns comportamentos parentais mas também na mudança de atitudes parentais. Com efeito, embora as intervenções dirigidas aos problemas de sono tenham recebido extenso apoio empírico, os estudos têm mostrado elevadas taxas de abandono ou dificuldades em aderir às recomendações. Tem sido sugerido que as crenças parentais sobre o sono e sobre o próprio papel parental são um dos fatores parentais que contribuem para as estratégias parentais adotadas no momento de adormecer as crianças e para os problemas de sono das mesmas (Morell, 1999).

O termo crenças parentais refere-se à maneira como os pais interpretam o comportamento das crianças, e ou às expectativas que têm sobre os comportamentos das crianças. Mais especificamente, as crenças parentais podem assumir a forma de expectativas de desenvolvimento e de temperamento ou de atribuições relativas ao comportamento da criança, desempenhando um papel importante no relacionamento entre pais, filhos e no próprio desenvolvimento infantil em que está incluído o sono (Morell & Cortina-Borja 2002, Sadeh et al 2007, Johnson & McMahon, 2008). Estudos têm mostrado que as crenças parentais se relacionam com a forma como os pais interpretam o comportamento da criança e como se sentem e se comportam em resposta a estes (Slep & O'Leary, 1998). Um estudo (Slep & O'Leary, 1998) demonstrou que houve diferenças nas atribuições maternas entre mães a quem foi dito que as crianças não tinham responsabilidade pelo seu comportamento e mães a quem foi dito que as crianças reagiam de forma intencional. As mães que acharam que o comportamento dos filhos era intencional passaram a impor mais disciplina, a sentirem-se mais zangadas, e as crianças exibiram mais efeitos negativos, nomeadamente, a nível do comportamento (Slep & O'Leary, 1998).

De acordo com o modelo Transacional (Sadeh et al, 2010) as cognições parentais sobre o sono infantil são influências diretamente associadas ao desenvolvimento das crianças, aos seus padrões de sono e aos problemas do sono infantil.

Morell (1999) correlacionou cognições maternas e o sono de crianças entre os 12 e os 18 meses de idade. Os resultados apontaram para que cognições sobre dificuldades na definição de limites, dúvidas sobre a competência para ultrapassar as dificuldades relacionadas com a criança e raiva para com o bebé (devido às atitudes e exigências da criança, especialmente no momento de dormir) estão significativamente associadas a problemas de sono infantil, enquanto que as cognições sobre a fome infantil ou sobre morte súbita não. Caso os pais com este tipo de cognições se deixem influenciar demasiado pelas mesmas, podem promover alterações no envolvimento entre pais e filhos, e ao longo do tempo levar a dificuldades no desenvolvimento da autorregulação infantil. Os autores sugeriram também que quando os pais demonstram ter cognições relacionadas com emoções negativas de culpa, raiva e dúvidas sobre as suas competências (Morell, 1999), as recomendações clínicas para limitar o envolvimento noturno são suscetíveis de provocar resistência.

Mais tarde, Morell e Cortina-Borja (2002), obtiveram também resultados de que as relações entre as estratégias usadas para adormecer as crianças e as cognições maternas apoiam a conclusão de que as atitudes e crenças parentais influenciam o comportamento infantil sobre o sono e por conseguinte a qualidade do mesmo, seja ou não o problema percebido como problemático pelos pais. Este estudo demonstrou que cognições maternas problemáticas em relação à definição de limites, raiva para com os pedidos das crianças, e dúvidas sobre as capacidades/controlo em relação aos problemas de sono das crianças estão mais associadas a dificuldades parentais em reduzir as estratégias de conforto físico ativo e em aumentar o uso de estratégias de encorajamento da autonomia dificultando a regulação da criança.

Num estudo de Sadeh e colegas (2007), em crianças entre os 5 e os 29 meses (em duas amostras, uma com problemas de sono e outra sem problemas de sono) achados semelhantes aos de Morell (1999) foram replicados. Neste estudo, pais de crianças com problemas de sono relataram mais dificuldade em estabelecer limites que os pais do grupo de crianças sem problemas de sono (Sadeh et al., 2007). Segundo estes autores, a prática clínica sugere que, para muitos pais, adotar estratégias comportamentais que impliquem não responder de imediato aos pedidos dos seus filhos envolve uma grande capacidade de controlo emocional por parte dos mesmos. Muitos pais de crianças com problemas de sono acreditam que se mudarem a hora de dormir e as interações noturnas com seus filhos, assim como, se reduzirem o seu envolvimento emocional, prejudicam os seus filhos. Por parte de alguns pais, limitar o envolvimento durante os

momentos de adormecer as crianças é percebido como um comportamento insensível e até mesmo abusivo para com a criança, especialmente quando se trata de deixar a criança a chorar (Sadeh et al, 2007). Já Morell (1999) referiu no seu estudo que estas percepções parentais são muitas vezes carregadas de emoções negativas de culpa, raiva e dúvidas sobre a competência parental (Morell, 1999).

Diferenças entre cognições paternas e maternas, em crianças entre os 5 e os 29 meses, foram encontradas no estudo de Sadeh e colegas (2007). Especificamente, os pais tendem a ter limiares de interpretação das queixas e dos comportamentos dos filhos mais reduzidos do que as mães. Por exemplo, em crianças com problemas de sono, os pais tendem a interpretar os pedidos das crianças, choro, etc, como sendo uma queixa excessiva e a aplicar uma estratégia de definição de limites mais rapidamente do que as mães. No entanto, as mães com crianças com problemas de sono avaliaram com valores mais elevados do que os pais experiências de raiva para com os filhos. Estes resultados podem advir do facto de as mães, comumente, estarem mais envolvidas nas interações sempre que as crianças acordam durante a noite (Sadeh et al, 2007).

No mesmo estudo, foram apresentados aos pais e às mães do grupo clínico exemplos hipotéticos de crianças com problemas de sono para que dessem o seu parecer. Tanto o pai como a mãe interpretaram a situação como exigência excessiva por parte das crianças e identificaram a necessidade de usar estratégias de definição de limites para controlar o problema, mais do que os pais do grupo de controlo (sem problemas de sono). No entanto, quando ambos os pais eram questionados sobre as suas próprias crianças, reportaram maior dificuldade em estabelecer limites do que os pais e mães do grupo com crianças sem problemas de sono (Sadeh et al, 2007). Além disso, os resultados do mesmo estudo revelaram que as cognições paternas que refletiam dificuldades na definição de limites estavam ligadas a maior número de despertares noturnos das crianças, independentemente das cognições maternas. Estes resultados sugerem que, quando tanto o pai como a mãe sentem dificuldades na definição de limites, há um risco maior de problemas de sono infantil (Sadeh, 2007; Sadeh et al, 2010).

Johnson e McMahon (2008) propuseram um modelo sobre o comportamento de sono das crianças em idades pré-escolares (entre os 2 e os 5 anos). É de referir que para aceder às cognições parentais foi usado o mesmo questionário usado para bebés (*Maternal Cognitions about Infant Sleep Questionnaire*, MCISQ, Morell, 1999). O modelo indica que a capacidade individual para lidar com os desafios, transformando uma experiência numa oportunidade de aprender e de desenvolvimento, apesar da ansiedade (“Hardiness”), exerce influência nas cognições parentais relacionadas com dúvidas sobre a competência parental, raiva perante o comportamento das crianças e dificuldades em definir limites. O modelo destaca também que



estas cognições têm influência nas interações relacionadas com o sono e por isso nos comportamentos de sono das crianças. O estudo confirmou o modelo, tendo demonstrado que pais menos resistentes (“less Hardiness”) experimentam mais cognições problemáticas relacionadas ao sono. Estas cognições desadequadas influenciam os pais a interagir mais ativamente com as crianças no momento de dormir, associando-se com mais problemas de sono. Talvez relacionado com as dificuldades na definição de limites, aproximadamente 90% dos pais indiquem que não deixariam os seus filhos a chorar sem os irem acalmar (Johnson & McMahon, 2008), podendo ser este um obstáculo para o incentivo à capacidade de autorregulação das crianças. As problemáticas relacionadas com as cognições parentais sobre o sono explicaram 21% da variância nas interações dos pais no momento de adormecer os filhos, enfatizando a importância de se considerar as cognições parentais ao lidar com problemas de sono na primeira infância. O modelo postula que são as cognições e os comportamentos parentais que predizem os problemas de sono infantis, mais do que as características das crianças (Johnson & McMahon, 2008).

Num estudo longitudinal (Tikotzky & Sadeh, 2009), 85 mães responderam a um questionário sobre as cognições parentais referentes ao sono infantil, quando as crianças tinham 1, 6 e 12 meses. Os resultados demonstraram associações significativas e preditivas entre as cognições maternas e o sono infantil. Mães que interpretavam os despertares noturnos das crianças como um sinal de sofrimento infantil e ansiedade, envolviam-se mais ativamente no momento de as adormecer e estas crianças apresentavam mais despertares noturnos do que as crianças cujas mães enfatizaram a importância do auto-controlo e do auto-conforto infantil, ao longo do tempo de estudo. Este estudo demonstrou também que as cognições maternas que refletiram mais dificuldades em limitar o envolvimento noturno dos pais previram maior conforto físico ativo (por exemplo, balanço, carinho), e esses métodos, por sua vez, previram mais despertares noturnos, sendo este resultado semelhante aos de outros estudos, (por exemplo; Morell & Cortina-Borja, 2002).

Outro estudo (Tikotzky & Shaashua, 2012), também avaliou as cognições maternas e o sono de crianças em dois momentos distintos, aos 12 meses e aos 4 anos. Foram encontradas correlações significativas entre os padrões iniciais do sono, as cognições maternas (aos 12 meses) e os comportamentos dos pais para acalmar as crianças aos 4 anos. Cognições maternas aos 12 meses que refletiam dificuldades na limitação do envolvimento parental durante a noite, foram um preditor significativo de problemas de sono e do envolvimento dos pais na hora de dormir das crianças aos 4 anos. Para além disso, crianças com mais acordares noturnos aos 12 meses apresentaram mais dificuldades do sono aos 4 anos. Ou seja, os padrões de sono e as



cognições maternas precoces relacionadas com o sono na infância são preditores significativos da qualidade do sono de crianças em idade pré-escolar.

Um estudo recente (Golik, Avni, Nehama, Greenfeld, Sivan, Tauman, 2013) pretendeu associar cognições maternas sobre o sono e alimentação das crianças e a depressão materna, em mãe de crianças com insónia comportamental e/ou com perturbações do comportamento alimentar. As crianças tinham idades entre os 6 e os 36 meses de idade. Este foi o primeiro estudo a demonstrar que as cognições maternas sobre o sono das crianças se relacionam com as cognições relacionadas com a alimentação. Mães de crianças com problemas de sono que têm associadas cognições problemáticas sobre o sono, também podem ter mais cognições problemáticas relacionadas com a alimentação da criança. O oposto também acontece. O estudo demonstra ainda que correlações entre as cognições maternas sobre o sono das crianças e os sintomas depressivos maternos afetam os hábitos de sono das crianças, que por sua vez, afetam o humor das mães.

Tsai, Hu, Lee & Wu (2013) realizaram um estudo com 12 mães primíparas apenas três meses após o parto, com o objetivo de descrever aspetos que fazem com que as mães percebam o sono dos seus filhos como problemático e perceber como as mães lidam com as preocupações relacionadas com o sono das crianças. Os resultados indicaram que cognições positivas sobre problemas do sono infantil e normalização dos problemas de sono das crianças fizeram parte de algumas estratégias de *coping* das mães para lidar com os problemas de sono dos filhos. Ser persistente foi um fator considerado crítico para a mudança bem sucedida (Tsai et al, 2013). Os autores sugerem ainda que cognições/percepções que subestimam a seriedade dos problemas de sono infantis podem contribuir para que as mães não procurem ajuda e as dificuldades continuem ou aumentem, com impacto tanto nas crianças como nas mães.

Num estudo de Thiedke (2001), as conclusões apontam para que será mais fácil para as crianças desenvolver as capacidades de autorregulação e de auto conforto se os pais conseguirem adotar cognições mais apropriadas sobre como reagir perante as dificuldades de sono das mesmas.

A contribuição das cognições parentais sobre o sono para a existência de problemas de sono e de comportamento nas crianças, está bem documentada. No entanto, existe ainda necessidade de mais investigação nesta área pois a maioria dos estudos refere-se a amostras relacionadas com pais de bebés. Os estudos que se focaram em crianças mais velhas (idade pré-escolar ou mais velhas) apontaram conclusões no mesmo sentido que os estudos relacionados com bebés. É de ressaltar, no entanto, que para estes estudos foi aplicado um questionário que é adequado a pais de bebés e que por isso mesmo se foca em questões e desafios que podem não

ser tão importantes em crianças mais velhas (i.e. necessidades alimentares do bebé ou a própria sobrevivência).

## II. Objetivos

Os objetivos deste trabalho podem dividir-se em dois conjuntos: os estudos sobre os questionários das cognições e estratégias parentais e os objetivos de natureza correlacional entre os resultados obtidos.

No primeiro conjunto pretende-se: a) Descrever a análise de itens do questionário das cognições parentais e do questionário de estratégias parentais b) Descrever a estrutura fatorial dos questionários PBSQ e PSSQ; c) Descrever a consistência interna dos questionários PBSQ e PSSQ. No segundo conjunto, os objetivos são: d) Descrever os padrões e dificuldades de sono de crianças dos 2 aos 6 anos; e) Descrever as cognições e as estratégias parentais relacionadas com o sono da criança; f) Descrever as associações entre as cognições parentais e as estratégias utilizadas pelos pais para adormecer as crianças entre os 2 e 6 anos; g) Descrever a associação entre cognições parentais e problemas de sono em crianças entre os 2 e os 6 anos; h) Descrever a associação entre as estratégias usadas e os problemas de sono em crianças entre os 2 e os 6 anos.

### III. Metodologia

#### 3.1. Caracterização da amostra

Foram distribuídos 324 protocolos de avaliação, dirigidos aos pais de crianças dos 2 aos 6 anos que frequentavam três instituições de cuidados para a infância. No total, apenas 140 pais (43,2%) devolveram os questionários. Destes, 7 pais (5%) recusaram a participação no estudo; 112 protocolos (80%) estavam completos, 11 protocolos (7,9%) estavam incompletos mas foram validados (isto é, faltava responder a algum/alguns dos questionários) e 10 protocolos (7,1%) foram invalidados por estarem incompletos (9 pais apenas responderam às partes da frente ou às partes de trás dos questionários e 1 protocolo tinha apenas 2 questionários preenchidos).

A amostra final ficou constituída por 122 pais de crianças com idades compreendidas entre os 1 e os 7 anos ( $M = 4$ ,  $DP = 1,36$ )<sup>1</sup>. A maioria das crianças era do sexo masculino (56,2%) e vivia com o pai e a mãe (77,9%), 16,4% vivia só com a mãe.

A maioria dos pais era casados ou viviam maritalmente (73,5%). A maioria dos pais e das mães era licenciado ou mais (pais: 43,4%; mães: 62,4%) e a maioria trabalhava por conta de outrem (pais: 70,8 %; mães: 60%), como pode ser observado na tabela 1. A maioria dos pais indicou ter um ou dois filhos (90%). Para mais de metade da amostra dos pais este era o primeiro filho (62,5%), e para 30,8% era o segundo filho.

As idades das mães estavam compreendidas entre os 23 e os 49 anos ( $M=36, DP= 4,5$ ), e as dos pais variaram entre os 26 e os 59 anos ( $M=38, DP= 5,5$ ).

**Tabela 1**

***Características dos pais - escolaridade e trabalho***

Características		Pai	Mãe
		n(%)	n(%)
Escolaridade dos pais	4º Ano ou menos	2(1,7)	0(0)
	5º, 6º, 7º, 8º ou 9º Ano	7(5,9)	9(7,7)
	10º, 11º ou 12º Ano	50(42,4)	35(29,9)
	Licenciatura ou mais	59(50,0)	73(62,4)
Trabalho	Trabalhador por conta de outrem	85(70,8)	72(60,0)
	Trabalhador por conta própria	21(17,5)	24(20,0)
	Trabalhador Domestico	0	7(5,8)
	Reforma/Pensão	1(0,8)	0
	Trabalho incerto	4(3,3)	0
	Desempregado	9(7,5)	17(14,2)

<sup>1</sup> Embora o nosso estudo se pretendesse focar em crianças entre os 2 e os 6 anos, foram incluídas 3 crianças com um ano e uma criança de 7 anos que frequentavam salas dirigidas a crianças das idades compreendidas neste trabalho.

### 3.2. Instrumentos

Este estudo é o recorte de um projeto mais alargado, com um protocolo de avaliação extenso. Para este estudo, foram utilizados instrumentos de caracterização do sono da criança, das crenças parentais acerca do sono, das estratégias parentais relacionadas com o sono e informação sociodemográfica.

**O Questionário de Sono da Criança Pequena (*Toddlers and Preschoolers Sleep Questionnaire* [TPSQ], Goes & Barros, 2012)** inclui 20 itens. Os itens relacionam-se com a perceção parental acerca do sono da criança (Resposta: *não é um problema, é um problema moderado, é um problema severo*), os padrões de sono (horário de sono noturno, sono diurno, período de latência), os hábitos de sono (local de sono), os comportamentos parentais relacionados com o sono (regularidade do horário de dormir, utilização de rotinas de sono e estratégias usadas ao deitar) e as dificuldades relacionadas com o sono (resistência ao deitar, dificuldades para adormecer, despertares noturnos, pesadelos, terrores noturnos). Uma parte dos itens solicitou o fornecimento de dados concretos (e.g. horário de adormecer), outra parte forneceu um conjunto de escolhas de resposta e um terceiro conjunto utilizou uma escala com três pontos, de frequência semanal (raramente, 0-1 vez por semana; algumas vezes, 2-4 vezes por semana; muitas vezes, 5-7 vezes por semana). Algumas variáveis cuja resposta foi fornecida de forma contínua foram categorizadas (período de latência do sono e número de despertares noturnos). Os itens relativos aos problemas de sono organizam-se em três escalas: dificuldades em adormecer, despertares noturnos e parassónias (Goes, 2013). A escala de “dificuldades em adormecer”, é composta pela soma dos itens relacionados com as dificuldades da criança em adormecer à noite, período de latência até adormecer e resistência à hora de dormir. A escala de “Despertares noturnos”, é composta pela soma dos itens que avaliam se a criança acorda durante a noite, o número de despertares noturnos e se durante a noite vai para a cama dos pais. E por último, a escala de “Parassónias”, é composta pela soma dos itens relacionados com as variáveis de pesadelos e de terrores noturnos.

**Questionário de Crenças Parentais acerca do Sono (*Parental Beliefs about Sleep Questionnaire* [PBSQ], Goes & Barros, 2013).** Este questionário foi construído no âmbito do projeto em que este estudo se enquadra, para avaliar os pensamentos e sentimentos que os pais podem ter em relação ao sono da criança, face às solicitações da criança no momento de adormecer ou durante a noite. O questionário inicial, sem prejuízo de uma estrutura mais adequada que venha a ser encontrada, incluía 47 itens, e a escala de resposta é representada por

1)” Discordo totalmente”, 2) “discordo”, 3) “ não concordo nem discordo”, 4) “concordo”, 5)”concordo totalmente”.

O questionário pretende cobrir as seguintes dimensões: natureza ou significado do problema (e.g. “Eu penso que deve ter fome ou sede.”, “ Eu penso que pode querer companhia”); consequências dos problemas de sono (e.g., “Eu penso que no dia seguinte vou estar demasiado cansado para trabalhar.”, “Eu penso que vai criar tensões na família”); envolvimento parental (e.g. “Eu devo ficar junto dele para que durma bem.”; “Eu devo esperar um pouco para ver se ele sossega sozinho.”); controlo e eficácia parental, (e.g., “Eu penso que não sou bom pai/boa mãe.”, “Eu sei o que fazer para que sossegue.”),

Neste trabalho, foi explorada a estrutura do instrumento.

**Questionário de Estratégias Parentais relacionadas com o Sono (Parental Sleep related Strategies Questionnaire [PSSQ];Goes & Barros, 2013).** Este questionário foi construído no âmbito do projeto em que este estudo se enquadra, para avaliar as estratégias utilizadas pelos pais de crianças pequenas para as ajudar a sossegar no momento de adormecer ou após um despertar noturno. O questionário inicial, sem prejuízo de uma estrutura mais adequada que venha a ser encontrada, é composto por 33 itens e está organizado de acordo com as estratégias utilizadas para adormecer as crianças em três momentos diferentes. A primeira secção refere-se às estratégias usadas para adormecer as crianças durante a noite (e.g., “Uso uma rotina à hora de dormir, isto é, fazemos as mesmas coisas pela mesma ordem todas as noites”; “Evito atividades agitadas antes de dormir (por exemplo, videojogos, corridas e saltos, lutas.”). A segunda secção relaciona-se com o momento de sossegar a criança no momento de dormir (e.g., “Embalo-o.”, “Conto-lhe uma historia e depois saio.”) e a terceira secção com as estratégias usadas quando a criança protesta no momento de dormir ou durante a noite (e.g., “Deito-me com ele na sua cama ou no quarto até que adormeça.”, “ Deixo-o chorar até adormecer.”).

Neste questionário foram incluídas estratégias de envolvimento ou conforto parental (e.g., “Fico no quarto com ele até que adormeça.”, “ Deito-o na minha cama.”, “Dou-lhe algum alimento ou bebida.”), de estruturação do ambiente e rotinas (e.g., “Uso uma rotina à hora de dormir (isto é, fazemos as mesmas coisas pela mesma ordem todas as noites).”, “ Deixo a tv ligada.”), de promoção da autonomia (e.g., “Espero um pouco para ver se sossega sozinho e adormece”; “Vejo se está tudo bem rapidamente e volto a sair do quarto.”), e de estabelecimento de limites( “ Digo-lhe que se não sossegar será castigado (por exemplo, perder um brinquedo ou uma atividade.”; “Ralho com ele.”).

A escala de resposta assume quatro possibilidades: 1) “nunca”, 2) “raramente”, 3) “algumas vezes”, 4) “muitas vezes”, 5) “quase sempre”.

Neste trabalho é explorada a estrutura deste instrumento.

**Questionário de informação demográfica**, ficha composta por informações sobre as características sociodemográficas dos pais (escolaridade dos pais, profissão, estado civil, número de filhos, ordem de fraternidade, data de nascimento) e das crianças (idade, sexo, agregado familiar).

### 3.3. Procedimento

Os detalhes da investigação foram discutidos com os responsáveis das três casas de infância que participaram no estudo e solicitada autorização para a realização do mesmo. Depois de obtido o acordo das direções, foi pedida a colaboração das educadoras de cada sala para a distribuição e recolha dos questionários.

Os questionários foram entregues aos pais para preencherem em casa. Na entrega dos protocolos, estava inserido um documento de consentimento da participação neste estudo para os pais preencherem, onde foram dadas explicações sobre o intuito do mesmo. Depois de preenchidos, os questionários foram devolvidos às educadoras em envelope fechado. Apenas foram considerados os protocolos dos pais que devolveram o documento de consentimento informado devidamente preenchido.

### 3.4. Procedimentos estatísticos

No tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20. Para a análise dos itens dos questionários foram usadas estatísticas descritivas com recurso a quadros de frequências e de percentagens. Os dados omissos foram substituídos pela mediana do item.

Para analisar as propriedades dos questionários em estudo, procedeu-se à análise inicial dos itens, analisando a distribuição das respostas pelos níveis das escalas assim como as correlações inter-item e item-total. Itens com correlações item-total inferiores a .2 foram eliminados.

Para a análise da estrutura dimensional dos questionários, foram utilizados procedimentos de análise fatorial exploratória, recorrendo a análises de componentes principais, seguidas de rotações varimax. Sempre que a solução inicial, baseada nos *eigenvalues*, retinha vários fatores com 2 ou menos itens, foram exploradas outras alternativas fixando um menor número de

fatores. Em relação aos itens, foi utilizado como critério de retenção saturações superiores a 0.30. O objetivo foi chegar a um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida dividida por fatores (com menos variáveis que o questionário inicial) e que de alguma forma exprime o que as variáveis originais partilham em comum.

Foi usado como indicador o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna. Os resultados deste indicador foram classificados de acordo com os critérios propostos por Hill e Hill (2000), acima de 0,9 considerada excelente; entre 0,8 e 0,9 considerada boa; entre 0,7 e 0,8 considerada razoável; entre 0,6 e 0,7 considerada fraca; e abaixo de 0,6 considerada inaceitável.

O Teste de Mann-whitney (Wilcoxon rank-sum test) foi usado para descrever as relações entre algumas características sócio-demográficas (sexo da criança, escolaridade e trabalho dos pais) com os problemas, as cognições e as estratégias parentais relacionadas com o sono. O teste de Mann-Whitney foi indicado para o estudo uma vez que as variáveis numéricas não cumpriam o pressuposto de normalidade.

Correlações de Spearman foram usadas para analisar as associações entre as idades das crianças com os problemas, cognições e estratégias de sono. Foi também utilizado para associar entre si as cognições, os problemas de sono e as estratégias. Correlações de Spearman foram utilizadas, sendo que as variáveis não apresentavam distribuição normal. Este coeficiente é o substituto do coeficiente de Pearson, sendo empregue apenas quando as variáveis quantitativas são assimétricas. Para a classificação dos valores deste coeficiente de correlação (rs) utilizaram-se os valores determinados por Mitra e Lankford (1999), os quais descrevem que entre 0,20 e 0,40 é considerado fraco; entre 0,40 e 0,60 é considerado moderado; e valores acima de 0,60 são classificados como alto.

Os testes referidos foram escolhidos, por se adequarem às variáveis deste estudo, sendo que os testes não paramétricos se devem utilizar sempre que as condições de aplicação dos testes paramétricos não se verificaram, ou seja, quando os pressupostos de normalidade e de homogeneidade das variâncias não se verificam (Maroço 2007), ou caso as variáveis sejam do tipo qualitativo (em escala pelo menos ordinal).



## IV. Resultados

### 4.1. Estudos iniciais do PBSQ

A maioria dos 47 itens apresentaram resultados que cobriam todas as possibilidades de resposta (tabela 2), não tendo sido eliminado nenhum item apenas pela amplitude das frequências observadas. Foi então realizada uma análise das correlações inter-item e item-total que levou à eliminação dos itens 5, 8, 12, 14, 17, 26, 28, 29, 31, 35, 43, 44, 47, por revelarem correlações item-total abaixo de .2. Depois da eliminação destes itens, a média das correlações inter-item foi de .18.

**Tabela 2**

*Frequências de resposta em cada item do questionário inicial PBSQ*

Item	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Eu penso que posso não lhe ter dado atenção suficiente durante o dia.	43(35)	44(35,8)	12(9,8)	17(13,8)	1(0,8)
2. Eu penso que deve ter fome ou sede.	25(20,3)	35(28,5)	28(22,8)	29(23,6)	0
3. Eu penso que deve estar assustada.	6(4,9)	12(9,8)	27(22,0)	68(55,3)	4(3,3)
4. Eu penso que é uma boa oportunidade para passarmos tempo juntos.	40(2,5)	44(35,8)	19(15,4)	10(8,1)	4(3,3)
5. Eu penso que alguma coisa de mal lhe pode ter acontecido.	17(13,8)	38(30,9)	23(18,7)	36(29,3)	3(2,4)
6. Eu penso que pode não ter comido o suficiente durante o dia.	39(31,7)	56(45,5)	11(8,9)	11(8,9)	0
7. Eu penso que isto é só uma fase e que vai passar.	5(4,1)	8(6,5)	24(19,5)	69(56,1)	11(8,9)
8. Eu penso que foi só um sonho.	1(0,8)	6(4,9)	12(9,8)	82(66,7)	16(13,0)
9. Eu penso que alguma coisa correu mal durante o dia.	20(16,3)	27(22,0)	33(26,8)	37(30,1)	0
10. Eu penso que pode estar doente.	5(4,1)	16(13,0)	34(27,6)	61(49,6)	1(0,8)
11. Eu penso que todos os pais de crianças pequenas têm de estar preparados para noites mal dormidas.	6(4,9)	8(6,5)	18(14,6)	46(37,4)	39(31,7)
12. Eu penso que não é nada de especial.	3(2,4)	26(21,1)	36(29,3)	46(37,4)	6(4,9)
13. Eu penso que pode querer companhia.	5(4,1)	11(8,9)	25(20,3)	65(52,8)	11(8,9)
14. Eu penso que pode querer ir à casa de banho.	10(8,1)	18(14,6)	20(16,3)	61(49,6)	8(6,5)
15. Eu penso que no dia seguinte vou estar demasiado cansado para funcionar.	23(18,7)	43(35,0)	26(21,1)	21(17,1)	4(3,3)
16. Eu penso que fazer o que ele quer é a única forma de a minha família descansar alguma coisa.	42(34,1)	49(39,8)	15(12,2)	9(7,3)	2(1,6)
17. Eu penso que ele precisa de dormir para estar bem disposto de manhã.	2(1,6)	3(2,4)	8(6,5)	55(44,7)	49(39,8)
18. Eu penso que nunca mais vou ter uma boa noite de sono.	43(35,0)	63(51,2)	6(4,9)	5(4,1)	0
19. Eu penso que é normal, mas tenho de ser firme para que a situação não fique cada vez mais grave.	5(4,1)	12(9,8)	26(21,1)	48(39,0)	26(21,1)
20. Eu penso que se ele não dormir bem vai ficar mais fraco e pode adoecer facilmente.	21(17,1)	37(30,1)	25(20,3)	26(21,1)	8(6,5)
21. Eu penso que vai criar tensões na família.	28(22,8)	50(40,7)	25(20,3)	10(8,1)	4(3,3)
22. Eu penso que amanhã não vai estar em condições de ir para a creche/jardim-de-infância.	22(17,9)	47(38,2)	31(25,2)	17(13,8)	0

**Tabela 2*****Frequências de resposta em cada item do questionário inicial PBSQ (continuação)***

Item	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
23. Eu penso que precisa de mim.	3(2,4)	8(6,5)	26(21,1)	68(55,3)	12(9,8)
24. Eu devo responder rapidamente para ele sossegar depressa.	5(4,1)	23(18,7)	17(13,8)	62(50,4)	10(8,1)
25. Eu devo ficar junto dele para que durma bem.	16(13,0)	31(25,2)	31(25,2)	34(27,6)	5(4,1)
26. Eu penso que se eu não lhe responder ele acaba por adormecer.	20(16,3)	60(48,8)	23(18,7)	14(11,4)	0
27. Eu penso que ele ainda é muito pequeno para conseguir adormecer sozinho.	37(30,1)	57(46,3)	10(8,1)	12(9,8)	1(0,8)
28. Eu devo esperar um pouco para ver se ele sossega sozinho.	4(3,3)	18(14,6)	32(26,0)	56(45,5)	7(5,7)
29. Eu penso que ele precisa de aprender a dormir sozinho.	5(4,1)	16(13,0)	15(12,2)	56(45,5)	25(20,3)
30. Se eu não responder rapidamente, ele vai sentir-se abandonado.	17(13,8)	44(35,8)	28(22,8)	26(21,1)	2(1,6)
31. Se eu não responder rapidamente, ele vai aprender a adormecer sozinho.	10(8,1)	41(33,3)	38(30,9)	26(21,19)	2(1,6)
32. Se eu não responder rapidamente, ele vai ficar ainda mais agitado.	6(4,9)	29(23,6)	34(27,6)	43(35,0)	5(4,1)
33. Se eu não responder rapidamente, isso vai-lhe causar problemas emocionais.	23(18,7)	59(48,0)	21(17,1)	13(10,6)	1(0,8)
34. Se eu não responder rapidamente, então ele nunca dorme.	19(15,4)	55(44,7)	32(26,0)	11(8,9)	0
35. Se eu responder rapidamente, ele vai ficar mal habituado.	10(8,1)	34(27,6)	35(28,5)	30(24,4)	8(6,5)
36. Eu posso ficar muito zangado se tentar resistir aos pedidos do meu filho.	23(18,7)	52(42,3)	33(26,8)	7(5,7)	2(1,6)
37. Eu penso que gostava que ele não fosse tão exigente.	22(17,9)	52(42,3)	28(22,8)	15(12,2)	0
38. Eu penso que não sou bom pai/ boa mãe.	61(49,6)	46(37,4)	7(5,7)	3(2,4)	0
39. Eu sinto-me incapaz.	64(52,0)	47(38,2)	5(4,1)	1(0,8)	0
40. Eu sinto-me zangado.	56(45,5)	45(36,6)	13(10,6)	3(2,4)	0
41. Eu sinto que posso perder o controlo.	49(39,8)	56(45,5)	9(7,3)	2(1,6)	1(0,8)
42. Eu sinto-me confuso sobre a melhor forma de reagir.	25(20,3)	50(40,7)	24(19,5)	17(13,8)	1(0,8)
43. Eu sei o que fazer para que sossegue.	2(1,6)	1(0,8)	21(17,1)	71(57,7)	22(17,9)
44. Eu consigo esperar um pouco antes de responder.	4(3,3)	9(7,3)	21(17,1)	70(56,9)	13(10,6)
45. Eu penso que não vale a pena tentar que sossegue sozinho.	16(13,0)	45(36,6)	35(28,5)	17(13,8)	4(3,3)
46. Eu penso que, se temos uma criança que é difícil para dormir, isso é muito difícil de mudar.	26(21,1)	58(47,2)	21(17,1)	11(8,9)	1(0,8)
47. Eu consigo que ele volte a adormecer rapidamente.	2(1,6)	4(3,3)	16(13,0)	71(57,7)	24(19,5)

**4.1.1. Descrição da Análise fatorial e Consistência Interna do PBSQ.** Os 34 itens retidos após a análise inicial dos itens foram sujeitos a análise fatorial de componentes principais com rotação varimax. A medida de adequação de Keiser-Meyer-Olkin foi de .73, o teste de Bartlett foi significativo ( $\chi^2=1682$ ,  $p<.001$ ), apontando a existência de correlação entre as variáveis.

Foram exploradas várias soluções para a estrutura do questionário. A primeira solução, baseada nos *eigenvalues*, revelou uma estrutura com 10 fatores. No entanto, com base nos dados

resultantes do scree plot e sendo que havia vários fatores que retinham 2 ou menos itens, foram exploradas outras alternativas com um menor número de fatores. A solução escolhida resultou de uma análise fatorial fixada a 5 fatores que apresentou uma variância explicada de 49% para os 34 itens e um valor de alfa de Cronbach de .88. Utilizando como critério de retenção saturações superiores a 0,30, foi eliminado o item 18, por apresentar saturação muito semelhante em mais do que um fator. Após eliminado este item, a variância explicada pelos 5 fatores foi de 49,7% e alfa de Cronbach de .88. Posteriormente, foram também eliminados os itens 15 e 19, por apresentarem saturações distribuídas e semelhantes em dois fatores (item 15) e negativas (item 15 e 19), a variância explicada com 31 itens foi de 51% e .87 foi o valor de alfa de Cronbach. O item 21 foi também eliminado, por se distribuir de forma semelhante em mais do que um fator. Esta foi considerada a solução final (tabela 3) sendo que apresenta um  $\alpha$  de Cronbach para a escala total (de 30 itens) de .87, correlações item-total entre .24 e .58 e a média das correlações inter-item é de .19. Os 30 itens organizaram-se numa solução em cinco fatores, explicando 51,5% da variância.

É de referir, no entanto, que foi experimentado eliminar dois itens (item 10 e item 6) por terem apresentado valores com distribuições semelhantes em dois fatores. Os resultados demonstraram variância explicada de 53%, o valor de  $\alpha$  de Cronbach encontrado para a escala de total dos 28 itens foi de .86, a média das correlações inter-itens foi de .19 e as correlações item-total apresentam resultados entre .23 e .60. Como a eliminação destes dois itens reduziria o número de itens em alguns fatores e não incrementaria o alfa de Cronbach, os itens não foram eliminados.

Em relação à solução final (tabela 3), a medida de adequação de Keiser-Meyer-Olkin para a escala final de 30 itens foi de .74 e o teste de Bartlett foi significativo ( $\chi^2=1432,05$ ,  $.000 < .001$ ), apontando para existência de uma correlação razoável entre as variáveis.

Quanto ao primeiro fator apresentou as cognições dos pais relacionadas com “consequências do não envolvimento parental”, isto é, o que os pais pensaram que poderia acontecer caso não respondessem aos pedidos dos seus filhos. Valores mais altos neste fator apontam uma tendência para considerar que não responder às solicitações da criança implicará consequências negativas. O segundo fator representou as cognições parentais de “eficácia/controlo” perante as exigências das crianças, ou seja, o quanto os pais sentiram ou pensaram ser capazes de controlar determinada situação. Valores mais altos apontam que os pais têm mais crenças de incapacidade e de falta de controlo da situação. O fator “Normalização”, assentou em cognições parentais sobre o sono, baseadas em causas não persistentes ou que não suscitavam preocupações maiores. Valores mais altos nesta escala apontam uma maior tendência para

considerar que as dificuldades de sono da criança se devem a aspetos normativos e por isso maior uso de cognições de normalização. O fator “Dramatização” incluiu cognições exageradas dos pais sobre as solicitações da criança. Valores mais elevados nesta escala, indicaram que os pais tendem a dramatizar as dificuldades da criança para sossegar. A escala de conforto incluiu cognições relacionadas com a importância atribuída à utilização de estratégias de conforto perante as dificuldades de sono dos filhos. Neste fator, valores elevados indicarão maior tendência para apoiar a utilização de estratégias de envolvimento parental/conforto.

**Tabela 3**

***Estrutura fatorial do PBSQ***

Item	Consequências do não envolvimento	Eficácia Conforto	Normalização	Dramatização	Conforto
32-Se eu não responder rapidamente, ele vai ficar ainda mais agitado	,788		,317		
34-Se eu não responder rapidamente, então ele nunca dorme	,782				
30-Se eu não responder rapidamente, ele vai sentir-se abandonado.	,737				
33-Se eu não responder rapidamente, isso vai-lhe causar problemas emocionais	,736			,307	
24- Eu devo responder rapidamente para ele sossegar depressa.	,639		,363		
45- Eu penso que não vale a pena tentar que sossegue sozinho.	,616				,367
36-Eu posso ficar muito zangado se tentar resistir aos pedidos do meu filho.	,310				
40-Eu sinto-me zangado.		,841			
39-Eu sinto-me incapaz.		,825			
38-Eu penso que não sou bom pai/boa mãe.		,795			
41-Eu sinto que posso perder o controlo.		,760			
42-Eu sinto-me confuso sobre a melhor forma de reagir.		,643			
16-Eu penso que fazer o que ele quer é a única forma de a minha família descansar alguma coisa.		,438			,414
46- Eu penso que, se temos uma criança que é difícil para dormir, isso é muito difícil de mudar.	,340	,398			
37-Eu penso que gostava que ele não fosse tão exigente.		,390	,341		

**Tabela 3*****Estrutura fatorial do PBSQ (continuação)***

Item	Consequências do não envolvimento parental	Eficácia/controle	Normalização	Dramatização do significado de resistência	Conforto
1- Eu penso que posso não lhe ter dado atenção suficiente durante o dia.		,334			
3- Eu penso que deve estar assustado.			,623		
11- Eu penso que todos os pais de crianças pequenas têm de estar preparados para noites mal dormidas.			,529		
23- Eu penso que precisa de mim.	,369		,523		
7- Eu penso que isto é só uma fase e que vai passar.			,504		
10- Eu penso que pode estar doente.			,464	,452	
2- Eu penso que deve ter fome ou sede.			,464	,414	
9- Eu penso que alguma coisa de mal lhe pode ter acontecido.				,802	
22- Eu penso que amanhã não vai estar em condições de ir para a creche/jardim-de-infância.				,662	
20- Eu penso que se ele não dormir bem vai ficar mais fraco e pode adoecer facilmente.				,620	
6- Eu penso que pode não ter comido o suficiente durante o dia.				,415	,412
4- Eu penso que é uma boa oportunidade para passarmos tempo juntos.					,752
27- Eu penso que ele ainda é muito pequeno para conseguir adormecer sozinho.	,338				,739
25- Eu devo ficar junto dele para que durma bem.	,420				,515
13- Eu penso que pode querer companhia.			,303		,357
<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	<b>.844</b>	<b>.802</b>	<b>.632</b>	<b>.660</b>	<b>66.2</b>
<b>% de variância explicada</b>	<b>13,850</b>	<b>13,292</b>	<b>8,414</b>	<b>8,139</b>	<b>7,823</b>

**4.2. Estudos iniciais do PSSQ**

Perante a análise descritiva do questionário PSSQ verificou-se que a maioria dos 33 itens apresentaram resultados que cobriram todas as possibilidades de resposta (tabela 4). Os itens 21 e 29 foram desde logo eliminados por apresentarem uma amplitude superior a 85 % numa das possibilidades de resposta. Alguns itens foram invertidos pois o sentido conceptual era oposto ao

dos restantes itens do questionário. Os itens invertidos foram o 1, 2, 3, 4, 12, 13, 14, 15, 20, 22, 23, 28, 32.

A análise das correlações inter-item e item-total levou à eliminação dos itens 6, 7, 11, 12, 19, 23, 25, 26, 31, 32, por revelaram correlações abaixo de .20 com o total da escala. Depois destas eliminações, o valor médio das correlações inter-item foi .206.

**Tabela 4**

*Frequências de resposta em cada item do questionário inicial PSSQ*

Item	Nunca n(%)	Raramente n(%)	Algumas vezes n(%)	Muitas vezes n(%)	Quase sempre n(%)
1. Deito-o à mesma hora todas as noites.	0	2(1,6)	12(9,8)	47(38,2)	57(46,3)
2. Uso uma rotina à hora de dormir (isto é, fazemos as mesmas coisas pela mesma ordem todas as noites).	0	2(1,6)	14(11,4)	46(37,4)	56(45,5)
3. Envolve-o em atividades sossegadas antes de dormir (por exemplo, ouvir uma história, fazer um puzzle).	2(1,6)	6(4,9)	29(23,6)	36(29,3)	45(36,6)
4. Evito atividades agitadas antes de dormir (por exemplo, videogames, corridas e saltos, lutas).	9(7,3)	6(4,9)	20(16,3)	30(24,4)	53(43,1)
5. Embalo-o.	74(60,2)	23(18,7)	16(13,0)	3(2,4)	2(1,6)
6. Pego-lhe ao colo.	50(40,7)	37(30,1)	18(14,6)	9(7,3)	4(3,3)
7. Dou-lhe o biberão ou outro alimento.	64(52,0)	18(14,6)	11(8,9)	12(9,8)	13(10,6)
8. Deito-me com ele até que adormeça.	37(30,1)	33(26,8)	23(18,7)	8(6,5)	17(13,8)
9. Fico no quarto com ele até que adormeça.	27(22,0)	31(25,2)	16(13,0)	15(12,2)	29(23,6)
10. Faço-lhe festinhas ou dou-lhe a mão.	13(10,6)	25(20,3)	34(27,6)	22(17,9)	24(19,5)
11. Ponho uma música no quarto.	78(63,4)	22(17,9)	16(13,0)	0	2(1,6)
12. Canto uma canção para o acalmar e depois saio.	47(38,2)	36(29,3)	19(15,4)	10(8,1)	6(4,9)
13. Falo baixinho com ele para o acalmar e depois saio.	22(17,9)	24(19,5)	34(27,6)	23(18,7)	15(12,2)
14. Conto-lhe uma história e depois saio.	13(10,6)	19(15,4)	36(29,3)	29(23,6)	21(17,1)
15. Dou-lhe um beijinho e deixo-o sozinho.	14(11,4)	17(13,8)	19(15,4)	31(25,2)	37(30,1)
16. Deito-o na minha cama.	38(30,9)	36(29,3)	16(13,0)	11(8,9)	17(13,8)
17. Deixo-o adormecer no sofá junto de um adulto.	79(64,2)	29(23,6)	5(4,1)	4(3,3)	1(0,8)
18. Deixo a televisão ligada.	83(67,5)	11(8,9)	13(10,6)	9(7,3)	2(1,6)
19. Deixo a luz acesa.	55(44,7)	17(13,8)	14(11,4)	13(10,6)	19(15,4)
20. Dou-lhe o boneco ou a fralda de dormir.	31(25,2)	16(13,0)	17(13,8)	21(17,1)	33(26,8)
21. Dou-lhe um medicamento que habitualmente lhe faz sono.	112(91,1)	3(2,4)	2(1,6)	1(0,8)	0
22. Espero um pouco para ver se sossego sozinho e adormece.	9(7,3)	20(16,3)	41(33,3)	32(26,0)	16(13,0)
23. Vou ter com ele, sossego-o e fico um pouco com ele até acalmar.	1(0,8)	12(9,8)	42(34,1)	43(35,0)	20(16,3)
24. Deito-me com ele na sua cama ou no quarto até que adormeça.	32(26,0)	36(29,3)	22(17,9)	18(14,6)	10(8,1)
25. Ralho com ele.	69(56,1)	34(27,6)	13(10,6)	2(1,6)	0

**Tabela 4*****Frequências de resposta em cada item do questionário inicial PSSQ (continuação)***

Item	Nunca n(%)	Raramente n(%)	Algumas vezes n(%)	Muitas vezes n(%)	Quase sempre n(%)
26. Digo-lhe que se não sossegar será castigado (por exemplo, perder um brinquedo ou uma atividade).	88(71,5)	23(18,7)	6(4,9)	1(0,8)	0
27. Sento-me junto dele ou fico no quarto até que adormeça.	18(14,6)	31(25,2)	32(26,0)	25(20,3)	12(9,8)
28. Vejo se está tudo bem rapidamente e volto a sair do quarto.	16(13,0)	22(17,9)	46(37,4)	19(15,4)	15(12,2)
29. Ameaço puni-lo.	105(85,4)	9(7,3)	3(2,4)	1(0,8)	0
30. Levo-o para a minha cama e deixo-o dormir lá.	41(33,3)	31(25,2)	20(16,3)	8(6,5)	18(14,6)
31. Uso um tom de voz zangado para dizer que é hora de dormir.	38(30,9)	38(30,9)	31(25,2)	10(8,1)	1(0,8)
32. Deixo-o chorar até adormecer.	90(73,2)	24(19,5)	4(3,3)	0	0
33. Dou-lhe algum alimento ou bebida.	60(48,8)	25(20,3)	18(14,6)	10(8,1)	5(4,1)

**4.2.1 Descrição da Análise fatorial e Consistência Interna do PSSQ.** Os 21 itens retidos após a análise inicial foram sujeitos a análise fatorial de componentes principais com rotação varimax. A medida de adequação de Keiser-Meyer-Olkin foi de 0.77 e o teste de Bartlett foi significativo ( $\chi^2=1058,46$ ,  $.000 < .001$ ), apontando a existência de correlação entre as variáveis. Baseando a análise nos *eigenvalues*, a solução apresentou 7 fatores e a variância explicada foi de 65,6% e um valor de alfa de .85. No entanto, considerando a análise do *scree plot* e havendo fatores que retinham dois ou menos itens, reduziu-se o número de fatores para 4. Com quatro fatores e 21 itens a variância total explicada foi de 54,6%. Todos os itens apresentaram saturações acima de .30 em pelo menos um fator, no entanto, a interpretação possível dos resultados era pouco clara.

Fixando a análise a três fatores, encontrou-se uma solução com uma variância explicada de aproximadamente 48% (Tabela 5). Esta solução foi considerada a final, sendo que explicou aproximadamente metade da variância e a interpretação dos resultados pareceu ser mais clara. O  $\alpha$  de Cronbach para a escala total é .85 as correlações item-total têm valores entre .18 e .70 e a média das correlações inter-item é de .20. Os três componentes desta solução foram denominados de Presença, Ambiente e Regulação.

O primeiro fator inclui estratégias parentais que enfatizam a presença dos pais perto das crianças para que estas adormeçam. Valores elevados nesta escala indicam uma maior utilização de estratégias de presença no momento de adormecer as crianças. O segundo componente, inclui estratégias relacionadas com o contexto de sono da criança, nomeadamente com as rotinas, a utilização de atividades sossegadas ou dar um boneco à criança. Resultados mais altos nesta escala indicam uma utilização menos adaptativa do contexto como forma de apoiar o sono da

criança (i.e. os pais utilizaram menos estratégias de estruturação do ambiente e/ou recorrerão mais a associações pouco adaptativas, como ver televisão). O terceiro fator inclui estratégias usadas para apoiar a regulação da criança, tal como “falar baixinho” ou “contar uma história”. Nesta escala valores mais elevados correspondem a uma menor utilização de estratégias de regulação por parte dos pais.

**Tabela 5**

***Estrutura fatorial PSSQ***

Item	Presença	Ambiente	Regulação
9. Fico no quarto com ele até que adormeça.	,833		
8. Deito-me com ele até que adormeça.	,787		
16. Deito-o na minha cama.	,776	,306	
30. Levo-o para a minha cama e deixo-o dormir lá.	,722		
27. Sento-me junto dele ou fico no quarto até que adormeça.	,707		
24 Deito-me com ele na sua cama ou no quarto até que adormeça.	,706		
10. Faço-lhe festinhas ou dou-lhe a mão.	,694		
15. Dou-lhe um beijinho e deixo-o sozinho. (invertido)	,621		,539
28. Vejo se está tudo bem rapidamente e volto a sair do quarto. (invertido)	,569		,346
33. Dou-lhe algum alimento ou bebida.	,407		
5. Embalo-o	,398		
2. Uso uma rotina à hora de dormir( isto é, fazemos as mesmas coisas pela mesma ordem todas as noites). (invertido)		,715	
3. Envolver-o em atividades sossegadas antes de dormir (por exemplo, ouvir uma história, fazer um puzzle). (invertido)		,710	
4 Evito atividades agitadas antes de dormir (por exemplo, videogames, corridas e saltos, lutas). (invertido)		,646	
1. Deito-o à mesma hora todas as noites. (invertido)		,555	
18. Deixo a televisão ligada.		,503	,396
17 .Deixo-o adormecer no sofá junto de um adulto.		,404	
20. Dou-lhe um boneco ou a fralde de dormir. (invertido)		,360	
13. Falo baixinho com ele para o acalmar e depois saio. (invertido)			,828
14. Conto-lhe uma história e depois saio. (invertido)	,321		,575
22. Espero um pouco para ver se sossega sozinho e adormece. (invertido)			,558
<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	.884	.654	.571
<b>% de variância explicada</b>	27,736	11.339	8,903



### 4.3 Padrões, hábitos e dificuldades de sono das crianças

As crianças desta amostra apresentam uma duração do sono entre 9 horas e 13 horas ( $M=$ ,  $DP=$ ), tanto durante a semana como durante o fim-de-semana. Durante os dias de semana as crianças adormecem entre as 19 horas e 30 minutos e as 23 horas e 30 minutos ( $M= 21:36$ ,  $DP = 00:35$ ). Aos fins de semana, adormecem entre as 20 e as 24 horas ( $M=22:12$ ,  $DP=00:45$ ). Durante a semana as horas de acordar variaram entre as 6 horas e as 10 horas da manhã ( $M=07:50$ ,  $DP=00:40$ ), e ao fim de semana entre as 7 horas e as 11 horas e 30 minutos ( $M=08:43$ ,  $DP= 00:59$ ). Os períodos de sesta, tanto durante a semana como ao fim de semana, apresentam resultados médios de aproximadamente 2 horas ( $DP= 02:00$ ).

Quanto aos hábitos de sono, os pais afirmam deitar as crianças à mesma hora quase todas as noites (87%). A maioria dos pais afirmam ter rotinas para adormecer as crianças (89,4%) e que as crianças dormem num berço ou quarto separados dos pais (40,7%), outros, dormem no quarto com um irmão (35%), na cama dos pais (15%) ou no quarto dos pais (8,9%).

A maioria das crianças adormece sozinha na própria cama (61%). No entanto, alguns pais ficam no mesmo quarto da criança no momento de a adormecer, (17,9%), deitam-se na cama com a criança (14,6%), dão de comer (3,3,%) e outros pais agarram as crianças ao colo (3,3,%) para as adormecer. Mais de metade das crianças não precisam de chucha (78%) nem de ter a luz acesa (72,4%) para adormecer.

Quanto aos problemas de sono (tabela 6), segundo os pais, as crianças levam em média 20 minutos a adormecer ( $DP = 00:14$ ) sendo que 33,3% das crianças demoram 20 minutos ou mais. Quando perguntado se as crianças apresentam dificuldades em adormecer, 17,1% dos pais indicam que as crianças têm dificuldades entre 2 a 4 vezes por semana e 4,1% das crianças entre 5 a 7 vezes por semana. A percentagem de pais que indica que as crianças demonstram resistência ao deitar entre 5 a 7 vezes por semana foi de 6,5%, e 29,3% dos pais indica entre 2 a 4 vezes por semana. Em relação aos despertares noturnos, 8,1% dos pais afirma que a criança acorda durante a noite entre 5 a 7 vezes por semana e 23,6% das crianças acordam entre 2 a 4 vezes por semana. As crianças raramente acordam para comer (95,1%) e 15,9% das crianças vão para a cama dos pais durante a noite entre 5 a 7 vezes por semana. A média do número de despertares noturnos foi de aproximadamente um por noite ( $DP=0,56$ ). Após os despertares noturnos as crianças demoram cerca de 10 minutos a voltar a adormecer ( $DP=00:09$ ).

A maioria das crianças raramente tem pesadelos (86,2%) e /ou terrores noturnos (90,2%).

É de enfatizar que a maioria dos pais (71,5%) afirma não considerar o sono do seu filho um problema e apenas 8,9% admite ser um problema muito grave.

**Tabela 6**

*Frequências absolutas e relativas dos itens relativos aos problemas de sono e mediana das escalas*

	Raramente (0-1 vez p/semana < 20 minutos; <1) n (%)	Algumas vezes (2-4 vezes p/semana 20-30 minutos; 1) n (%)	Muitas vezes (5-7 vezes p/semana > 30 minutos; >1) n (%)	Mdn
<b>Problemas de sono</b>				
<b>Dificuldades em adormecer</b>				7
A criança resiste a ir para a cama à noite (por exemplo, chora, faz birra, levanta-se)?	79(64,2)	36(29,3)	8(6,5)	
A criança tem dificuldade em adormecer à noite?	97(78,9)	21(17,1)	5(4,1)	
Período de latência do sono	82 (66,7)	29 (23,6)	12 (9,8)	
<b>Despertares noturnos</b>				6
A criança acorda durante a noite?	84(68,3)	29(23,6)	10(8,1)	
A criança vai para a cama dos pais durante a noite?	87(70,7)	17(13,8)	19(15,4)	
Número de despertares noturnos	29 (23,6)	85 (69,1)	9 (7,3)	
<b>Parassonias</b>				6
A criança acorda durante a noite a gritar, chorar, a suar e inconsolável	111(90,2)	10(8,1)	2(1,6)	
A criança acorda durante a noite assustada com um pesadelo?	106(86,2)	15(12,2)	2(1,6)	

#### 4.4. Crenças parentais acerca do sono

De uma forma geral os dados encontrados a partir da análise descritiva das frequências de respostas nos itens do questionário PBSQ (Tabela 2) demonstraram que, em relação à natureza dos problemas de sono os pais tendem a normalizar o problema (assumindo mais frequentemente que a criança apenas teve um sonho (Muitas vezes=66,7%) ou que pode querer ir à casa de banho (Muitas vezes= 49,6%)). Os pais tenderam a pensar muitas vezes ou quase sempre que os problemas de sono podem ter influência na disposição da criança no dia seguinte (84,5%). A maioria dos pais afirma pensar apenas raramente que nunca mais vão ter uma boa noite de sono (51,2%) e também uma a maioria dos pais apenas raramente pensa que se não responder à criança ela acaba por adormecer (48,8%). Uma percentagem de 45,5% dos pais responderam que muitas vezes pensam que a criança deveria aprender a adormecer sozinha e a mesma percentagem afirma esperar um pouco para que a criança possa tentar sossegar sozinha.

A análise das frequências de resposta aos itens da estrutura final do PBSQ revela alguns aspetos que merecem destaque (Tabela 7). Quanto à natureza dos problemas de sono, a maioria dos pais atribuiu as dificuldades de sono da criança a causas não persistentes, normalizando o problema (e.g. 56% dos pais considera que é uma fase muitas vezes ou quase sempre). Os

resultados não apontaram uma grande tendência para dramatizar o significado ou as consequências do problema (e.g., 77,2% dos pais raramente ou nunca pensam que as crianças podem não ter comido o suficiente, 56,1% dos pais raramente ou nunca pensam que a criança no dia seguinte não terá condições de ir para a creche/jardim-de-infância). No entanto, 56,9% dos pais afirmaram pensar algumas ou muitas vezes que alguma coisa pode ter corrido mal durante o dia.

Quanto às cognições parentais sobre as consequências do não envolvimento parental, os resultados apontaram uma tendência para responder rapidamente à criança para que sossegue mais depressa ou para que não fique muito agitada (50,4% dos pais pensa muitas vezes que responder rapidamente à criança faz com que esta sossegue mais depressa), apoiando a utilização de estratégias de envolvimento, mas não para antecipar resultados muito negativos como consequência do não envolvimento (e.g. 66,7% dos pais raramente ou nunca consideram que se não responderem rapidamente a criança terá problemas emocionais e 60% dos pais raramente ou nunca pensam que se não responderem rapidamente a criança nunca dorme).

Relativamente às cognições sobre o conforto, uma percentagem elevada de pais tende a considerar, muitas vezes ou sempre, que a criança pode querer a sua companhia (61,7%), mas não se observa propriamente uma tendência para considerar o conforto parental como necessário (e.g. 46,3% dos pais raramente pensam que a criança ainda é muito pequena para conseguir adormecer sozinha).

No que se refere às cognições parentais de eficácia e controlo, a maioria dos pais não apresenta cognições conotadas com baixa eficácia, dúvida ou baixo controlo (e.g. 90,2% nunca ou raramente se considera incapaz; 85,3% raramente ou nunca sentem que podem perder o controlo).

**Tabela 7**

***Frequências de resposta em cada escala do questionário PBSQ***

Item	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	M(DP)
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Consequências do não envolvimento parental</b>						18,45(4,87)
24. Eu devo responder rapidamente para ele sossegar depressa.	5(4,1)	23(18,7)	17(13,8)	62(50,4)	10(8,1)	
30. Se eu não responder rapidamente, ele vai sentir-se abandonado.	17(13,8)	44(35,8)	28(22,8)	26(21,1)	2(1,6)	
32. Se eu não responder rapidamente, ele vai ficar ainda mais agitado.	6(4,9)	29(23,6)	34(27,6)	43(35,0)	5(4,1)	

**Tabela 7*****Frequências de resposta em cada escala do questionário PBSQ (continuação)***

Item	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	M(DP)
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
33. Se eu não responder rapidamente, isso vai-lhe causar problemas emocionais.	23(18,7)	59(48,0)	21(17,1)	13(10,6)	1(0,8)	
34. Se eu não responder rapidamente, então ele nunca dorme.	19(15,4)	55(44,7)	32(26,0)	11(8,9)	0	
36. Eu posso ficar muito zangado se tentar resistir aos pedidos do meu filho.	23(18,7)	52(42,3)	33(26,8)	7(5,7)	2(1,6)	
45. Eu penso que não vale a pena tentar que sossegue sozinho.	16(13,0)	45(36,6)	35(28,5)	17(13,8)	4(3,3)	
<b>Eficácia/ controle</b>						17,32(4,88)
1. Eu penso que posso não lhe ter dado atenção suficiente durante o dia.	43(35)	44(35,8)	12(9,8)	17(13,8)	1(0,8)	
16. Eu penso que fazer o que ele quer é a única forma de a minha família descansar alguma coisa.	42(34,1)	49(39,8)	15(12,2)	9(7,3)	2(1,6)	
37. Eu penso que gostava que ele não fosse tão exigente.	22(17,9)	52(42,3)	28(22,8)	15(12,2)	0	
38. Eu penso que não sou bom pai/ boa mãe.	61(49,6)	46(37,4)	7(5,7)	3(2,4)	0	
39. Eu sinto-me incapaz.	64(52,0)	47(38,2)	5(4,1)	1(,8)	0	
40. Eu sinto-me zangado.	56(45,5)	45(36,6)	13(10,6)	3(2,4)	0	
41. Eu sinto que posso perder o controle.	49(39,8)	56(45,5)	9(7,3)	2(1,6)	1(0,8)	
42. Eu sinto-me confuso sobre a melhor forma de reagir.	25(20,3)	50(40,7)	24(19,5)	17(13,8)	1(0,8)	
46. Eu penso que, se temos uma criança que é difícil para dormir, isso é muito difícil de mudar.	26(21,1)	58(47,2)	21(17,1)	11(8,9)	1(0,8)	
<b>Normalização</b>						20,46(3,43)
2. Eu penso que deve ter fome ou sede.	25 (20,3)	35(28,5)	28(22,8)	29(23,6)	0	
3. Eu penso que deve estar assustada.	6(4,9)	12(9,8)	27(22,0)	68(55,3)	4(3,3)	
7. Eu penso que isto é só uma fase e que vai passar.	5(4,1)	8(6,5)	24(19,5)	69(56,1)	11(8,9)	
10. Eu penso que pode estar doente.	5(4,1)	16(13,0)	34(27,6)	61(49,6)	1(0,8)	
11. Eu penso que todos os pais de crianças pequenas têm de estar preparados para noites mal dormidas.	6(4,9)	8(6,5)	18(14,6)	46(37,4)	39(31,7)	
23. Eu penso que precisa de mim.	3(2,4)	8(6,5)	26(21,1)	68(55,3)	12(9,8)	

**Tabela 7*****Frequências de resposta em cada escala do questionário PBSQ (continuação)***

Item	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	M(DP)
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Dramatização do significado de resistência</b>						9,74(2,93)
6. Eu penso que pode não ter comido o suficiente durante o dia.	39(31,7)	56(45,5)	11(8,9)	11(8,9)	0	
9. Eu penso que alguma coisa correu mal durante o dia.	20(16,3)	27(22,0)	33(26,8)	37(30,1)	0	
20. Eu penso que se ele não dormir bem vai ficar mais fraco e pode adoecer facilmente.	21(17,1)	37(30,1)	25(20,3)	26(21,1)	8(6,5)	
22. Eu penso que amanhã não vai estar em condições de ir para a creche/jardim-de-infância.	22(17,9)	47(38,2)	31(25,2)	17(13,8)	0	
<b>Conforto</b>						10,50(2,89)
4. Eu penso que é uma boa oportunidade para passarmos tempo juntos.	4(32,5)	44(35,8)	19(15,4)	10(8,1)	4(3,3)	
13. Eu penso que pode querer companhia.	5(4,1)	11(8,9)	25(20,3)	65(52,8)	11(8,9)	
25. Eu devo ficar junto dele para que durma bem.	16(13,0)	31(25,2)	31(25,2)	34(27,6)	5(4,1)	
27. Eu penso que ele ainda é muito pequeno para conseguir adormecer sozinho.	37(30,1)	57(46,3)	10(8,1)	12(9,8)	1(0,8)	

#### 4.5. Estratégias parentais relacionadas com o sono

A partir da análise das frequências de resposta aos itens do questionário inicial, podemos verificar que uma percentagem elevada de pais raramente ou nunca utilizavam estratégias de conforto ativo (e.g. 40,7% dos pais nunca pega ao colo), dar biberão ou outro alimento (Nunca= 52%). Da mesma forma estratégias mais relacionadas com o ambiente, tal como pôr música no quarto e deixar a luz acesa foram descritas por mais de 50% dos pais como não usadas. É ainda de enfatizar que estratégias que envolveram definição de limites e/ou demonstração de autoridade também não foram utilizadas pela maioria destes pais (tal como ralar com a criança, Nunca=56,1), dizer para que se acalme ou será castigada (Nunca= 71,5), ameaçar punir (Nunca= 85,4%) e usar um tom de voz zangado para dizer que é hora de dormir (Nunca=30,9%). A maioria dos pais indicou que nunca dão medicamento que faça sono à criança (91,1%) e 73,2% dos pais indicaram que nunca deixam o filho chorar até adormecer.

Em relação às escalas decorrentes da análise fatorial (tabela 8), em todas as estratégias que envolveram conforto ativo a tendência observada foi de pouco uso, tal como embalar a criança (Nunca= 60,2%), ou dar-lhe algum alimento ou bebida (Nunca= 48,8%). Quanto às estratégias que envolvem contacto físico moderado, a utilização tende a ser baixa a moderada (e.g. deitar-se com a criança). Utilização moderada foi demonstrada para estratégias de presença física e de envolvimento restrito. Dar um beijinho à criança e deixa-la sozinha foi a estratégia de envolvimento mais utilizada pelos pais (55,3 % dos pais tendem a utilizar muitas vezes ou quase sempre).

Em relação às estratégias relacionadas com o ambiente, os pais utilizaram mais estratégias de estruturação do ambiente de sono da criança (aproximadamente metade dos pais afirmam usar uma rotina relacionada com o sono quase todas as noites, 45,5% dos pais). Por outro lado, estratégias desadaptativas relacionadas com o ambiente foram pouco utilizadas (67,5% dos pais afirmaram nunca recorrer a estratégias como deixar a televisão ligada ou deixar a criança adormecer no sofá junto de um adulto (64,2%).

Relativamente às estratégias relacionadas com a promoção da autonomia da criança, não é possível destacar uma tendência de resposta.

**Tabela 8**

***Frequências de resposta em cada escala do questionário PSSQ***

Item	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	M(DP)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Escala de Presença</b>						29,9(8,9)
9. Fico no quarto com ele até que adormeça.	27(22)	31(25,2)	16(13)	15(12,2)	29(23,6)	
8. Deito-me com ele até que adormeça.	37(30,1)	33(26,8)	23(18,7)	8(6,5)	17(13,8)	
16. Deito-o na minha cama.	38(30,9)	36(29,3)	16(13)	11(8,9)	17(13,8)	
30. Levo-o para a minha cama e deixo-o dormir lá.	41(33,3)	31(25,2)	20(16,3)	8(6,5)	18(14,6)	
27. Sento-me junto dele ou fico no quarto até que adormeça.	18(14,6)	31(25,2)	32(26)	25(20,3)	12(9,8)	
24 Deito-me com ele na sua cama ou no quarto até que adormeça.	32(26)	36(29,3)	22(17,9)	18(14,6)	10(8,1)	
10. Faço-lhe festinhas ou dou-lhe a mão.	13(10,6)	25(20,3)	34(27,6)	22(17,9)	24(19,5)	
15. Dou-lhe um beijinho e deixo-o sozinho.	14(11,4)	17(13,8)	19(15,4)	31(25,2)	37(30,1)	
28. Vejo se está tudo bem rapidamente e volto a sair do quarto.	16(13)	22(17,9)	46(37,4)	19(15,4)	15(12,2)	
33. Dou-lhe algum alimento ou bebida.	60(48,8)	25(20,3)	18(14,6)	10(8,1)	5(4,1)	
5. Embalo-o	74(60,2)	23(18,7)	16(13)	3(2,4)	2(1,6)	

**Tabela8*****Frequências de resposta em cada escala do questionário PSSQ (continuação)***

Item	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	M(DP)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Escala relacionada com o Ambiente</b>						19,25(3,05)
2. Uso uma rotina à hora de dormir( isto é, fazemos as mesmas coisas pela mesma ordem todas as noites).	0	2(1,6)	14(11,4)	46(37,4)	56(45,5)	
3. Envolver o em atividades sossegadas antes de dormir (por exemplo, ouvir uma história, fazer um puzzle).	2 (1,6)	6(4,9)	29(23,6)	36(29,3)	45(36,6)	
4. Evito atividades agitadas antes de dormir (por exemplo, videogames, corridas e saltos, lutas).	9(7,3)	6(4,9)	20(16,3)	30(24,4)	53(43,1)	
1. Deito-o à mesma hora todas as noites.	0	2(1,6)	12(9,8)	47(38,2)	57(46,3)	
18. Deixo a televisão ligada.	83(67,5)	11(8,9)	13(10,6)	9(7,3)	2(1,6)	
17. Deixo-o adormecer no sofá junto de um adulto.	79(64,2)	29(23,6)	5(4,1)	4(3,3)	1(,8)	
20. Dou-lhe um boneco ou a fralde de dormir.	31(25,2)	16(13)	17(13,8)	21(17,1)	33(26,8)	
<b>Escala relacionada com Regulação</b>						8,7(2,67)
13 Falo baixinho com ele para o acalmar e depois saio.	22(17,9)	24(19,5)	34(27,6)	23(18,7)	15(12,2)	
14 Conto-lhe uma história e depois saio.	13(10,6)	19(15,4)	36(29,3)	29(23,6)	21(17,1)	
22 Espero um pouco para ver se sossega sozinho e adormece.	9(7,3)	20(16,3)	41(33,3)	32(26)	16(13)	

## 5. Descrição das Associações

### 5.1 Associação entre os Problemas de sono e as variáveis sociodemográficas

Foram encontradas correlações negativas e estatisticamente significativas entre os problemas de sono e a idade, apontando que crianças mais pequenas têm mais problemas de sono (tabela 9).

**Tabela 9*****Correlação entre os problemas de sono e a idade das crianças***

		Despertares Noturnos	Parassónias	Dificuldades em adormecer
Idade da criança	rs	-.274**	-.208*	-.237**

\*p&lt;0.05

\*\*p&gt;0.01)

As associações entre os problemas de sono e o género das crianças não apresentaram resultados estatisticamente significativos (tabela 10).

**Tabela 10*****Associações entre os problemas de sono e o sexo das crianças***

Problemas de sono	Sexo da criança	<i>U</i>	<i>Mean Rank</i>
Despertares Noturnos	Masculino	1801,00	60,99
	Feminino		61,02
Parassónias	Masculino	1621,00	58,34
	Feminino		64,42
Dificuldades em adormecer	Masculino	1754,00	60,29
	Feminino		61,91

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre os problemas de sono e a escolaridade da mãe (tabela 11).

**Tabela 11*****Associações entre os problemas de sono e a escolaridade das mães***

Problemas de sono	Escolaridade da mãe	<i>U</i>	<i>Mean Rank</i>
Despertares Noturnos	Escolaridade obrigatória	1468,00	62,14
	Licenciada ou mais		57,11
Parassónias	Escolaridade obrigatória	1543,50	60,42
	Licenciada ou mais		58,14
Dificuldades em adormecer	Escolaridade obrigatória	1559,50	57,94
	Licenciada ou mais		59,64



## 5.2. Associações entre Cognições Parentais e variáveis sociodemográficas

Os valores das associações entre as Cognições parentais e a idade da criança não foram estatisticamente significativos (tabela 12).

**Tabela 12**

*Resultados das Associações entre as cognições parentais e a idade da criança*

		Eficácia/ controle	Consequências do não envolvimento parental	Dramatização do significado de resistência	Normalização	Conforto
<b>Idade da criança</b>	$r_s$	,155	-,026	,020	-,128	-,016

As associações entre Cognições parentais e o sexo da criança não foram estatisticamente significativas (tabela 13).

**Tabela 13**

*Associações entre as cognições parentais e o sexo da criança*

Cognições Parentais	Sexo da criança	<i>U</i>	Mean Rank
Eficácia/controle	Masculino	1583,00	57,35
	Feminino		59,96
Consequências do não envolvimento parental	Masculino	1620,00	59,08
	Feminino		57,76
Dramatização do significado de resistência	Masculino	1574,00	57,22
	Feminino		60,14
Normalização	Masculino	1453,50	61,64
	Feminino		54,50
Conforto	Masculino	1541,00	60,29
	Feminino		56,22

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a escolaridade da mãe e as cognições acerca das consequência do não envolvimento parental e do conforto, sugerindo que mães com nível de escolaridade mais baixo (escolaridade obrigatória) têm mais

tendência a considerar que o não envolvimento desencadeará consequências negativas e a pensarem que as crianças necessitam de ser confortadas (Tabela 14).

**Tabela 14**

*Associações entre as Cognições e a escolaridade das mães*

Cognições Parentais	Escolaridade da mãe	U	Mean Rank
Consequências do não envolvimento	Até ao 12º ano	1011,50	67,42
	Licenciatura ou mais		49,95
Eficácia / controlo	Até ao 12º ano	1305,50	60,42
	Licenciatura ou mais		54,15
Normalização	Até ao 12º ano	1378,50	54,32
	Licenciatura ou mais		57,81
Dramatização	Até ao 12º ano	1207,00	62,76
	Licenciatura ou mais		52,74
Conforto	Até ao 12º ano	1013,50	67,37
	Licenciatura ou mais		49,98

### 5.3. Associação entre Estratégias Parentais e variáveis sociodemográficas

Encontrou-se uma correlação positiva fraca mas estatisticamente significativa entre a utilização de estratégias relacionadas com a organização do ambiente e a idade da criança (tabela 15), no sentido de pais de crianças mais velhas obterem resultados mais altos nesta escala, apontando uma tendência para utilizarem estratégias menos adaptativas baseadas no contexto de sono.

**Tabela 15**

*Resultados das associações entre as estratégias parentais e a idade da criança*

		Presença	Ambiente	Regulação
Idade crianças	rs	-,163	,226*	,148

\*p<0.05

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as estratégias utilizadas pelos pais e o sexo da criança (tabela 16).

**Tabela 16*****Resultados das associações entre as estratégias parentais e o sexo da criança***

<b>Estratégias Parentais</b>	<b>Sexo da criança</b>	<b><i>U</i></b>	<b>Mean Rank</b>
Presença	Masculino	1674,00	58,86
	Feminino		59,18
Ambiente	Masculino	1347,50	64,08
	Feminino		52,42
Regulação	Masculino	1597,00	60,30
	Feminino		57,31

A escolaridade das mães e as estratégias parentais para adormecer as crianças não apresentaram correlações estatisticamente significativas.

**Tabela 17*****Resultados das associações entre as estratégias parentais e a escolaridade das mães***

<b>Estratégias Parentais</b>	<b>Escolaridade da mãe</b>	<b><i>U</i></b>	<b>Mean Rank</b>
Presença	Até ao 12º ano	1317,500	61,36
	Licenciatura ou mais		54,32
Ambiente	Até ao 12º ano	1355,000	60,49
	Licenciatura ou mais		54,86
Regulação	Até ao 12º ano	1218,000	63,67
	Licenciatura ou mais		52,90

#### **5.4. Duração do sono e cognições parentais**

A duração do sono não se correlacionou de forma significativa com as cognições parentais sobre o sono das crianças (tabela 18).

**Tabela 18*****Resultados das associações entre a duração do sono e as cognições parentais***

		Consequências do não envolvimento parental	Eficácia	Normalização	Dramatização	Conforto
Duração durante a Semana	$r_s$	-,008	-,113	-,075	-,005	-,158

**5.5. Duração do sono e estratégias parentais**

A duração do sono apresentou correlações negativas estatisticamente significativas com as estratégias de presença e de regulação (tabela 19). Estes dados significam que pais de crianças que dormem menos utilizam mais estratégias de presença e menos estratégias de promoção da regulação autónoma da criança.

**Tabela 19*****Resultados das associações entre a duração do sono e as estratégias parentais***

		Regulação	Presença	Ambiente
Duração do sono durante a Semana	$r_s$	-,228*	-,199*	-,131

\* $p < 0.05$ **5.6. Associações entre as Cognições parentais e as Estratégias relacionadas com o sono**

Foram encontradas correlações positivas e estatisticamente significativas entre as estratégias e as cognições parentais (Tabela 20). Pais que pensam mais nas consequências do não envolvimento parental, que acreditam ser ineficazes e incapazes de controlar a situação, que dramatizam os problemas de sono das crianças e que consideram ser necessário confortar as crianças, tendem a utilizar mais estratégias baseadas na presença parental ou no conforto ativo para adormecer as crianças. Para além disso, pais que pensam ter mais incapacidades e dificuldades no controlo das dificuldades das crianças, assim como, os que usam mais cognições relacionadas com a necessidade de conforto das crianças, utilizam estratégias menos adaptativas de estruturação do ambiente e das rotinas. Por fim, cognições que envolvem a antecipação das consequências negativas do não envolvimento parental, crenças de incapacidade/controlo e necessidade de confortar as crianças apresentam menor tendência para a utilização de estratégias que promovem a autonomia e a regulação da criança.

**Tabela 20*****Resultados das associações entre as estratégias parentais e as crenças parentais***

		Consequências do não envolvimento parental	Eficácia /controle	Normalização	Dramatização	Conforto
Presença	r <sub>s</sub>	,317**	,266**	,143	,233*	,559**
Ambiente	r <sub>s</sub>	,068	,236*	,002	,108	,427**
Regulação	r <sub>s</sub>	,249**	,239**	,053	,078	,205*

\*p&lt;0.05

\*\*p&gt;0.01

**5.7. Associações entre Problemas de sono e crenças parentais**

Foram encontradas correlações positivas e estatisticamente significativas entre as dificuldades das crianças para adormecer e as escalas de crenças parentais sobre o conforto e eficácia (tabela 21). Pais que tendem a considerar a necessidade de conforto para sossegar a criança têm filhos com mais problemas de sono. Para além disso, pais que usam mais percepções relacionadas com incapacidades e/ou dificuldades de controlo perante as situações, tendem a ter mais crianças com dificuldades em adormecer.

**Tabela 21*****Associações entre os problemas de sono e as crenças***

		Parassónias	Dificuldades em adormecer	Despertares noturnos
Consequências do não envolvimento parental	r <sub>s</sub>	,063	-,051	,177
Eficácia / controle	r <sub>s</sub>	,065	,330**	,116
Normalização	r <sub>s</sub>	,118	-,043	,131
Dramatização	r <sub>s</sub>	-,018	,147	,107
Conforto	r <sub>s</sub>	,216*	,185*	,244**

\*P&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

**5.8. Associações das Estratégias parentais e problemas de sono infantil**

Foram encontradas correlações significativas entre as estratégias parentais e os problemas de sono (tabela 22). Pais que usam estratégias parentais relacionadas com a presença no

momento de adormecer as crianças tendem a ter crianças com mais problemas de sono relacionados com parassonias ( $r_s = .293$ ,  $p = .001$ ) e com dificuldades em adormecer ( $r_s = .252$ ,  $p = .006$ ) (correlações fracas). A mesma estratégia apresenta correlações moderadas e estatisticamente significativas com os despertares noturnos ( $r_s = .483$ ,  $p = .000$ ). Para além disso, as estratégias parentais menos adaptativas relacionadas com o ambiente de sono, apresentam correlações estatisticamente significativas associadas a dificuldades das crianças em adormecer.

**Tabela 22**

***Resultados das associações entre as estratégias parentais e os problemas de sono***

		Parassonias	Dificuldades em Adormecer	Despertares Noturnos
Presença	$r_s$	<b>,293**</b>	<b>,252**</b>	<b>,483**</b>
Ambiente	$r_s$	-,141	<b>,210*</b>	,027
Regulação	$r_s$	-,078	-,019	-,004

\* $p < 0.05$

\*\* $p > 0.01$

## Discussão

Neste trabalho, para além do estudos de dois instrumentos relacionados com as cognições e com as estratégias parentais usadas para adormecer as crianças, os objetivos focaram-se no estudo das relações entre as cognições, as estratégias parentais e os problemas de sono.

### **Estudos dos questionários das cognições (PBSQ) e estratégias (PSSQ) parentais**

A partir do estudo de análise fatorial dos resultados do questionário de cognições parentais sobre o sono (PBSQ) foi proposta uma estrutura com cinco fatores e um número final de 30 itens. Estes fatores explicaram 51,5% da variância total da escala da solução final. As escalas que emergiram da análise fatorial representam cognições parentais sobre 1) as consequências do não envolvimento parental, 2) a eficácia/controlo parental perante a situação de adormecer a criança, 3) normalização do problema de sono, 4) dramatização do significado de resistência, e 5) a necessidade de confortar a criança (conforto). A estrutura teórica inicial que orientou a construção do questionário remetia para dimensões relacionadas com a natureza ou significado do problema, consequências dos problemas de sono, envolvimento parental e controlo e eficácia parental. Assim, pode concluir-se que a estrutura inicial é consistente com a estrutura retida após a análise fatorial, sendo este um indicador de validade do questionário final. Para além disso, a consistência interna encontrada foi boa, sendo o valor de alfa de Cronbach para a escala total de .87, e tanto a média das correlações inter-item como as correlações item-total estavam dentro dos limites aceitáveis. As correlações encontradas entre as escalas de cognições parentais e os problemas de sono fornecem também um indicador adicional de validade.

As cognições destacadas com a estrutura encontrada são diferentes das encontradas anteriormente. O estudo de Morrell identificou cognições parentais relacionadas com a dificuldades na definição de limites, dúvidas sobre a competência para ultrapassar as dificuldades relacionadas com a criança, raiva, alimentação e segurança (Morell,1999). Os estudos com o mesmo questionário focaram o papel de cognições ). relacionadas com a dificuldades na definição de limites, dúvidas sobre a competência para ultrapassar as dificuldades relacionadas com a criança e raiva (Morell & Cortina-Borja, 2002; Johnson & McMahon, 2007). Neste trabalho não emergiram as cognições relacionadas com a alimentação e com a segurança, porque as crianças são mais velhas e estas questões estão mais relacionadas

com bebés ou crianças pequenas. As dificuldades no estabelecimento de limites emergiram na escala de envolvimento. As dúvidas e raiva emergiram na escala de eficácia.

Relativamente à análise fatorial dos resultados do questionário das estratégias parentais relacionadas com o sono, a solução final com 21 itens organizou-se numa estrutura com três fatores, que explicaram 48% da variância. Os três fatores encontrados relacionam-se com estratégias associadas 1) à presença parental, 2) ao ambiente de sono e 3) à promoção da regulação no momento de adormecer as crianças. Estas estratégias relacionam-se em certa medida com as estratégias encontradas em estudos anteriores, principalmente a estratégia de presença parental sendo que esta escala inclui estratégias que Morrell (1999) dividiu em diversos tipos de envolvimento e não só o envolvimento ativo. Além da escala de presença, também a escala de regulação se pode aproximar das estratégias encorajamento da autonomia infantil propostas no estudo de Morell & Cortina-Borja (2002). Especificamente, no estudo de Morell & Cortina-Borja (2002) com bebés, os autores procuraram avaliar estratégias parentais relacionadas com o envolvimento parental ativo e encorajamento da autonomia infantil, conforto passivo, estratégias de movimento e de conforto social. Globalmente, as estratégias parentais mais estudadas até agora tinham sido a presença dos pais no momento de adormecer as crianças (Touchette et al, 2005), alimentar a criança durante a noite (Morell & Cortina-Borja, 2002) e dormir com a criança (“co-sleeping”) (Owens, 2004), que podem não ser as mais adequadas para a idade pré-escolar.

No questionário inicial, as estratégias basearam-se no envolvimento ou conforto parental, na estruturação do ambiente e das rotinas, na promoção da autonomia e no estabelecimento de limites à criança. Assim, pode concluir-se que o questionário final, após análise fatorial, se organizaram numa estrutura consistente com o que era esperado de acordo com as estratégias que o questionário inicial, à exceção do estabelecimento de limites, cujos itens se organizaram na escala de envolvimento.

Os resultados obtidos na solução final do questionário PSSQ, indicaram que o questionário tem boa consistência interna, o alfa de Cronbach para a escala total foi de .85.

### **Padrões, Hábitos e Problemas de Sono**

No que se refere aos padrões de sono, as crianças adormeciam pelas 21h30 e acordavam pelas 7h50, apresentando uma duração do sono média de 10,94 horas. Esta duração, aproxima-se ao esperado para estas idades. Alguns autores propõe que normalmente entre os 12 e os 36 meses as crianças dormem cerca de 12 horas por dia e que entre os 3 e os 5 anos, as crianças dormem



aproximadamente entre 11 a 12 horas por dia (Iglowsteins et al, 2003). Neste estudo, cerca de 43,1% das crianças dormem 10 horas ou menos.

Durante a semana, as crianças da nossa amostra adormecem em média às 21:30 e aos fins-de-semana às 22horas. Quanto ao horário de acordar durante a semana, as crianças acordaram relativamente mais cedo (M=07:50,DP= 00:40) do que aos fins-de-semana (M=08:43, DP= 00:59). Neste estudo os horários de adormecer das crianças são semelhantes aos encontrados anteriormente, embora a duração do sono seja superior. O estudo de Komada et al (2011), mostrou que crianças entre os 2 e os 5 anos no Japão adormeciam cerca das 21:30 ou mais tarde, no entanto apresentavam uma duração total do sono de 9,5 horas. Nos E.U.A., um estudo conduzido em 2003 indicou que durante os dias de semana a hora de deitar média foi entre as 20:44 aos 2 anos e as 20:58 aos 5 anos e a duração média para todas as crianças entre os 2 e os 5 foi de 9,6 horas (National sleep Foundation, 2004). Estudos anteriores referem que a duração do sono em crianças de idade escolares pode ser influenciada pela hora a que iniciam o dia de escola (Epstein, Chillag & Nvie (1998) cit in Galland et al 2012) e pelos horários diários das mães (Komada et al, 2011).

A maioria dos pais afirmaram usar uma rotina para adormecer as crianças (89,4%) e deitar as crianças quase sempre à mesma hora todas as noites (87%). Os dados refletem, também, que um número importante de crianças dorme numa cama ou quarto separado dos pais (40,7%) e adormecem sozinhas, sem necessitarem de ajuda parental, (61%). A implementação de horários de sono e o uso de uma rotina de dormir são boas estratégias para facilitar o sono infantil, além disso, estas estratégias conferem segurança que pode ter impacto positivo no momento de deixar a criança sozinha (Owens, 2004). O facto de um número importante de crianças dormir em cama ou quarto separado dos pais e de a maioria ser encorajada a adormecer sozinha é também consistente com as recomendações para a promoção de bons hábitos e para a qualidade do sono (Sadeh, 2005). Contudo, é de enfatizar que uma percentagem considerável de crianças ( 39,1%) precisa de apoio dos pais para adormecer. A maioria das crianças raramente vai para a cama dos pais durante a noite (70,7%), no entanto, 15,4% das crianças vão para a cama dos pais entre 5 a 7 vezes por noite. Esta percentagem pode ser considerada elevada quando comparada com outros estudos, sobretudo tendo em conta que os estudos de comparação são maioritariamente com crianças mais pequenas. Num estudo realizado com crianças nascidas nos 7 meses anteriores às entrevistas entre os anos de 1993 e 2000, 9,2% partilhavam frequentemente a cama com os pais (Willinger et al, 2003).

No nosso estudo, todas as estratégias que envolveram conforto ativo por parte dos pais, apresentam uma tendência indicativa de pouco uso. Na maioria dos estudos anteriores esta foi

uma das estratégias mais relatadas pelos pais, mas novamente é de ressaltar que se trata de estudos com bebês (Touchette et al, 2005; Morell & Cortina-Borja, 2002). Alguns estudos, demonstraram que à medida que as crianças se desenvolvem os pais tendem a reduzir o conforto ativo (Morell & Cortina-Borja, 2002).

As dificuldades relacionadas com o sono foram relativamente frequentes na nossa amostra, sendo que 33,4 % de crianças tinha um período de latência do sono igual ou superior a 20 minutos, 21,2,% tinham dificuldades em adormecer pelo menos duas vezes por semana, 35,8% apresentavam resistência ao deitar pelo menos 2 vezes por semana, 31,7% tinham despertares noturnos pelo menos 2 vezes por semana e 29,2% iam para a cama dos pais durante a noite pelo menos duas vezes por semana. De acordo com os critérios propostos por Gaylor, Burnham, Goodlin-Jones e Anders (2005) para a classificação dos problemas de sono da criança pequena, a ocorrência destes episódios pelo menos 2 vezes por semana indica uma dificuldade de severidade moderada. Do ponto de vista clínico, estes resultados apontam para que entre 21% a 35,8% das crianças têm alguma dificuldade a nível moderado relacionada com o sono. Estudos internacionais em crianças com idades pré-escolares indicam que a prevalência de problemas de sono varia entre 25% e 50% (Kerr & Jowett (1994) cit in Owens 2004). Um estudo de Owens e colegas (2000) encontrou problemas de sono em 37% das crianças entre os 4 e os 10 anos. Os pais afirmaram que as crianças raramente acordam com pesadelos ou com terrores noturnos, estando estes dados em consonância com um estudo anterior que afirma que os pesadelos noturnos parecem muito raros em qualquer idade entre os 29 meses e os 6 anos (Simard et al, 2008).

Neste estudo, 19,5% dos pais consideram o sono da criança como sendo um pequeno problema e 8,9% dos pais assumem que o problema de sono da criança pode ser considerado muito grave. Os resultados aproximam-se ao encontrado por Sadeh et al (2009), embora a percentagem de pais que assume que o problema ser considerado grave tenha sido relativamente superior no atual estudo. No estudo de Sadeh e colegas (2009) a maioria dos pais referiu que a criança não tinha problemas (75%), 23% definiu o sono da criança como um pequeno problema e 2% como um grave problema.

### **Cognições e estratégias parentais relacionadas com o sono**

As respostas dos pais indicaram que tendem a adotar mais cognições que assentam na normalização do que na dramatização do problema. Tsai e colegas (2013) verificaram que as mães do primeiro filho indicaram utilizar cognições positivas ou de normalização dos problemas de sono como estratégias de coping perante as dificuldades de sono das crianças.

No atual estudo os pais apresentaram uma tendência para associar que quanto mais tempo a criança espera para ser atendida mais consequências negativas pode apresentar (e.g. dificuldades em sossegar). Para além disso, uma percentagem elevada de pais tende a considerar que a criança pode querer ser confortada, especialmente, através da presença parental, mas não se observa propriamente uma tendência para considerar o conforto parental como necessário. No que se refere às cognições parentais de eficácia e controlo, a maioria dos pais apresenta cognições conotadas com elevada eficácia e controlo perante as situações de sono das crianças.

Considerando as estratégias parentais usadas para facilitar o sono da criança ou resolver os problemas de sono, verificou-se uma tendência para recorrerem pouco ao conforto ativo. O contacto físico moderado tem uma tendência de uso baixa a moderada, e a presença física e o envolvimento restrito são usadas moderadamente. Como já referido antes, este tipo de estratégias (envolvimento parental/ presença) são das mais usadas por pais de bebés (Touchette et al, 2005; Morell & Cortina-Borja, 2002)

Os pais afirmaram usar mais estratégias de estruturação do ambiente de sono da criança do que estratégias menos adaptativas relacionadas com o ambiente (tal como deixar a tv ligada ou deixar a criança adormecer no sofá junto de um adulto). De acordo com Sadeh e colegas (2009), o uso de estratégias relacionadas com a estruturação do ambiente, tal como as rotinas, parecem ter um impacto significativo na variabilidade dos padrões de sono das crianças,

Quanto às estratégias relacionadas com a promoção da autonomia da criança, não se observou uma tendência de resposta clara. No entanto, sabe-se que o uso deste tipo de estratégias parentais para adormecer as crianças tem impacto na diminuição dos problemas de sono, aumentando as capacidades de autorregulação e de auto conforto das crianças (Morell & Cortina-Borja, 2002).

### **Associações entre cognições parentais, estratégias e problemas de sono**

Quanto às associações estudadas, as conclusões apontam para que crianças mais novas têm mais problemas de sono. Este resultado é consistente com a literatura, sendo que a maioria dos estudos apontam para que os problemas de sono são tradicionalmente considerados como ocorrendo com maior frequência em crianças pequenas e em bebés (Owens, 2004 ou Galland et al 2012). As associações entre as estratégias parentais usadas para adormecer as crianças e a idade das mesmas mostram que pais com crianças mais velhas utilizam menos estratégias de estruturação do ambiente (e.g. rotinas) e mais estratégias desadaptativas baseadas no ambiente, comparando com pais de crianças mais novas. Este resultado sugere que à medida que a criança cresce e se torna mais autónoma, os pais poderão ser mais permissivos, diminuir a utilização de

estratégias de estruturação externa e permitir o surgimento de hábitos menos saudáveis. Esta correlação também mostra como é importante utilizar instrumentos de avaliação que não contemplem apenas as estratégias mais usadas por pais de bebés, como é o caso da maioria dos questionários disponíveis e destaca a necessidade de estudar longitudinalmente as mudanças nas estratégias que os pais utilizam. A idade das crianças não apresentou resultados estatisticamente significativos quando associada às crenças parentais.

O género da criança não parece ter impacto estatisticamente significativo nos problemas de sono. Resultados significativos nas associações entre os problemas de sono e o género parecem estar mais presentes em crianças mais velhas, perto da puberdade (Ronneberg et al (2004) cit in Galland et al 2012). O género das crianças também não pareceu ter implicação na escolha das estratégias parentais para adormecer as crianças.

A escolaridade das mães teve impacto nas crenças adotadas, sendo que os resultados mostraram que mães com nível de escolaridade mais baixo (escolaridade obrigatória) tendem a considerar que o não envolvimento parental desencadeará consequências negativas e que, as crianças necessitam de ser confortadas fisicamente. Quanto às crenças, mães com escolaridade mais elevada utilizaram mais estratégias de menor estruturação do ambiente e das rotinas.

Associando as estratégias e as crenças parentais, pode concluir-se que os pais que tendem a valorizar as consequências do não envolvimento parental, que pensam ser ineficazes perante as situações de sono das crianças, que dramatizam os problemas de sono das mesmas e que consideram ser necessário confortá-las, tendem a utilizar mais estratégias de envolvimento para adormecer as crianças. Pais que se avaliam como ineficazes ou com baixo controlo sobre os problemas de sono das crianças e que pensam que as crianças necessitam de conforto, utilizam estratégias mais desadaptativas relacionadas com o ambiente e as rotinas.

Crenças que envolvem a antecipação das consequências do não envolvimento parental, crenças de incapacidade/controlo e necessidade de confortar as crianças, estão associados à utilização de estratégias parentais menos adaptativas.

Apenas a escala de crenças de normalização do problema não se relaciona com nenhuma das escalas de estratégias. Este resultado parece ser expectável, sendo que pais que normalizam o problema provavelmente não sentem necessidade de usar uma estratégia preferencial para adormecer as crianças, sendo que interpretam o problema como algo normativo. Assim, esta a normalização poderá ser vista como uma estratégia de coping parental.

A duração do sono das crianças não apresentou correlações significativas com as crenças parentais para adormecer as crianças, embora o mesmo não tenha acontecido com as estratégias. Pais de crianças que dormem menos utilizam mais estratégias de presença e menos

estratégias de promoção da regulação autónoma da criança. Segundo Morell e Cortina-Borja (2002), o excesso de conforto físico ativo, combinado com reduzido incentivo de autonomia, foram estratégias associadas a mais problemas de sono infantil.

Neste estudo, e em consonância com estudos anteriores (Morell, 1999; Morell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh et al, 2007; Tikotzky & Sadeh, 2009), as cognições parentais associaram-se a problemas de sono infantil. Especificamente, pais que utilizaram mais cognições relacionadas com a necessidade de confortar a criança, têm filhos com parassónias, despertares noturnos e dificuldades em adormecer e pais com cognições relacionadas com crenças de incapacidade relacionadas com o sono tendem a ter filhos com dificuldades em adormecer mais frequentes.

Associando as estratégias de sono com os problemas de sono, os resultados foram consonantes com dados encontrados na literatura, existindo correlações significativas que indicaram que pais que utilizam mais estratégias de envolvimento parental têm mais crianças com problemas de sono. No estudo de Johnson e McMahon (2007), também os problemas de sono identificados foram associados a interações parentais ativas no momento de adormecer as crianças. Touchette e colegas (2005) identificaram que estratégias como embalar a criança e a transferência das crianças para a cama dos pais em resposta aos acordares noturnos são influências diretas nos problemas de sono infantil. Morell e Cortina-Borja (2002) encontraram também evidências de que crianças que adormecem com elevado envolvimento parental (tal como alimentar a criança, dar mimos, etc) foram mais propensas a apresentar despertares noturnos. Contudo, a maioria dos estudos referidos evidenciavam estratégias de conforto ativo porque incluíam bebés. Neste estudo, o envolvimento, quer por presença passiva quer por conforto ativo, mostrou ter influência nos problemas de sono em crianças entre os 2 e os 6 anos.

É de enfatizar também que pais que utilizam menos estratégias de estruturação do ambiente e das rotinas têm filhos com mais dificuldades em adormecer. Os estudos anteriores vão no mesmo sentido, sendo que recomendam o uso de rotinas e de horas consistentes de deitar e acordar para a consolidação do sono, não só em bebés mas também em crianças entre os 3 e os 5 anos (Iglowsteins et al, 2003). A maioria dos pediatras recomendam o uso de rotinas para diminuir os problemas de sono (Mindell, Moline, Zendell, Brown & Fry, 1994). Outros autores como Mindell e colegas (2009), demonstraram que a utilização de rotinas de dormir teve influência na redução dos problemas de sono infantis num estudo longitudinal.

## **Limitações**

Apesar da relevância dos resultados encontrados, o presente estudo tem limitações que importa registar. Uma das maiores limitações deste trabalho associa-se, ao facto ter havido uma baixa taxa de participação o que, para além de não ter permitido uma amostra maior, constitui em si mesmo uma ameaça à validade deste estudo.

Outra limitação pode relacionar-se com o facto de maioritariamente terem sido mães a participarem no estudo, o que dificulta a generalização destes resultados para ambos os pais. Apesar de sabermos que as mães continuam a ser o progenitor mais envolvido nos cuidados e rotinas quotidianos de crianças em idade pré-escolar, os pais têm certamente um papel relevante e provavelmente algo diferente, que importa analisar. Para além disso, as idades das crianças não estavam distribuídas de forma normal, e o nível de escolaridade das mães era bastante elevado, o que pode ter levado a algum enviesamento dos resultados. O facto dos problemas de sono terem sido avaliados apenas por relato parental, é outra limitação inerente a este estudo.

## **Conclusões**

Os estudos dos dois questionários (PBSQ e PSSQ) apresentam propriedades psicométricas promissoras. Para além disso, as conclusões deste estudo assemelham-se a estudos anteriores, sublinhando que as cognições e as estratégias parentais têm impacto nos problemas de sono também entre crianças de idade pré-escolar. Foi também demonstrada a importância do papel das cognições parentais na escolha das estratégias utilizadas para adormecer as crianças, em idades entre os 2 e o 6 anos.

## Referências Bibliográficas

- Adam, E. K., Snell, E. K., & Pendry, P. (2007). Sleep timing and quantity in ecological and family context: a nationally representative time-diary study. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 4.
- Alfano, I., Llisterri, J., & Savy, R. (2007, August). The perception of Italian and Spanish lexical stress: A first cross-linguistic study. In *Proceedings of the 16th International Congress of Phonetic Sciences* (pp. 6-10).
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Amer Psychiatric Pub Inc.
- Anders, T. F., & Taylor, T. R. (1994). Babies and their sleep environment. *Children's Environments*, 123-134.
- Beltramini, A. U., & Hertzog, M. E. (1983). Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. *Pediatrics*, 71(2), 153-158.
- Doo, S. & Wing, Y. K. (2006). Sleep problems of children with pervasive developmental disorders: Correlation with parental stress. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(8), 650-655.
- El-Sheikh, M., Buckhalt, J. A., Mark Cummings, E., & Keller, P. (2007). Sleep disruptions and emotional insecurity are pathways of risk for children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 88-96.
- Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. *Sleep medicine reviews*, 16(3), 213-222. doi: 10.1016/j.smrv.2011.06.001
- Golik, T., Avni, H., Nehama, H., Greenfeld, M., Sivan, Y., & Tauman, R. (2013). Maternal cognitions and depression in childhood behavioral insomnia and feeding disturbances. *Sleep medicine*, 14(3), 261-265. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2012.10.025>



- Gregory, A. M., & O'Connor, T. G. (2002). Sleep problems in childhood: a longitudinal study of developmental change and association with behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 964-971.
- Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep medicine reviews*, 16(2), 129-136. doi: 10.1016/j.smrv.2011.03.007
- Gregory, A. M., Buysse, D. J., Willis, T. A., Rijdsdijk, F. V., Maughan, B., Rowe, R., ... & Eley, T. C. (2011). Associations between sleep quality and anxiety and depression symptoms in a sample of young adult twins and siblings. *Journal of psychosomatic research*, 71(4), 250-255.
- Gregory, A. M., Caspi, A., Eley, T. C., Moffitt, T. E., O'Connor, T. G., & Poulton, R. (2005). Prospective longitudinal associations between persistent sleep problems in childhood and anxiety and depression disorders in adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 157-163.
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111 (2), 302-307.
- Jenni, O. G., & O'Connor, B. B. (2005). Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics*, 115(1), 204-216.
- Johnson, C. M. (1991). Infant and toddler sleep: a telephone survey of parents in one community. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 12(2), 108-114.
- Johnson, N., & McMahon, C. (2008). Preschoolers' sleep behaviour: associations with parental hardness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 765-773. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01871.x
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Mahr, F., Hillwig-Garcia, J., ... & Parvin, M. (2009). ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: differences in sleep problems. *Journal of pediatric psychology*, 34(3), 328-337.
- Minde, K., Popiel, K., Leos, N., Falkner, S., Parker, K., & Handley-Derry, M. (1993). The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 521-533.



- Mindell, J. A., Moline, M. L., Zendell, S. M., Brown, L. W., & Fry, J. M. (1994). Pediatricians and sleep disorders: training and practice. *Pediatrics*, 94(2), 194-200.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J., & How, T. H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep medicine*, 11(4), 393-399.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T. H., & Goh, D. Y. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep medicine*, 11(3), 274-280.
- Mindell, J. A., Telofski, L. S., Wiegand, B., & Kurtz, E. S. (2009). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, 32(5), 599.
- Mitra, A., & Lankford, S. (1999). *Research methods in park, recreation, and leisure services*. Sagamore Pub.
- Moore, T., & Ucko, L. E. (1957). Night waking in early infancy: Part I. *Archives of disease in childhood*, 32(164), 333.
- Morelli, G. A., Rogoff, B., Oppenheim, D., & Goldsmith, D. (1992). Cultural variation in infants' sleeping arrangements: Questions of independence. *Developmental Psychology*, 28(4), 604.
- Morrell, J. (1999). The infant sleep questionnaire: a new tool to assess infant sleep problems for clinical and research purposes. *Child and Adolescent Mental Health*, 4(1), 20-26.
- Morrell, J., & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the parental interactive bedtime behaviour scale. *Infant and Child Development*, 11(1), 17-41. doi:10.1002/icd.251
- Morrell, J., & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant mental health journal*, 24(5), 447-468. doi: 10.1002/imhj.10072
- O'Connor, T. G., Caprariello, P., Blackmore, E. R., Gregory, A. M., Glover, V., & Fleming, P. (2007). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early human development*, 83(7), 451-458.

- Owens, J. A. (2004). Sleep in children: Cross-cultural perspectives. *Sleep and Biological Rhythms*, 2(3), 165-173.
- Owens, J.A., & Witmans, M. (2004). Sleep Problems. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 34, 154-179. doi: 10.1016/j.cppeds.2003.10.003
- Owens, J. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 353-361.
- Owens-Stively, J., Frank, N., Smith, A., Hagino, O., Spirito, A., Arrigan, M., & Alario, A. J. (1997). Child temperament, parenting discipline style, and daytime behavior in childhood sleep disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 18(5), 314-321.
- Reid, G. J., Hong, R. Y., & Wade, T. J. (2009). The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2-and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of sleep research*, 18(1), 49-59. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00692.x
- Rona, R. J., Li, L., Gulliford, M. C., & Chinn, S. (1998). Disturbed sleep: effects of sociocultural factors and illness. *Archives of disease in childhood*, 78(1), 20-25.
- Sadeh, A. (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 612-628.
- Sadeh, A. V. I., Mindell, J. A., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of sleep research*, 18(1), 60-73. doi: 10.1111/k.1369.2008.00699
- Sadeh, A., & Sivan, Y. (2009). Clinical practice, Sleep problems during infancy. *European journal of pediatrics*, 168(10), 1159-1164. doi: 10.1007/s00431-009-0982-4
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of family psychology*, 21(1), 74. doi: 10.1037/0893-3200.21.1.74
- Sadeh, A., Mindell, J., & Rivera, L. (2011). "My child has a sleep problem": A cross-cultural comparison of parental definitions. *Sleep medicine*, 12(5), 478-482.

- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews, 14*(2), 89-96. doi: 10.1016/j.smr.2009.05.003
- Seifer, R., Schiller, M., Sameroff, A. J., Resnick, S., & Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology, 32*(1), 12.
- Sinai, D., & Tikotzky, L. (2012). Infant sleep, parental sleep and parenting stress in families of mothers on maternity leave and in families of working mothers. *Infant Behavior and Development, 35*(2), 179-186. doi: 10.1016/j.infbeh.2012.01.006
- Slep, A. M. S., & O'Leary, S. G. (1998). The effects of maternal attributions on parenting: an experimental analysis. *Journal of Family Psychology, 12*(2), 234.
- Sousa, L. A., & Garcia, F. T. (2004). Terapêutica nas Perturbações do Sono. *Actas pediatria Portuguesa, 35*, 459-464
- Stremmler, R., Hodnett, E., & Lee, K. (2006). A behavioral-educational intervention to promote maternal and infant sleep: a pilot randomized, controlled trial. *Sleep, 29*(12), 1609-1615.
- Thiedke, C. (2001). Sleep disorders and sleep problems in childhood. *American Family Physician, 63*(2), 227-284.
- Tikotzky, L., & Shaashua, L. (2012). Infant sleep and early parental sleep-related cognitions predict sleep in pre-school children. *Sleep medicine, 13*(2), 185-192.
- Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2009). Maternal Sleep-Related Cognitions and Infant Sleep: A Longitudinal Study From Pregnancy Through the 1st Year. *Child development, 80*(3), 860-874. doi: 10.1016/j.sleep.2009.11.017
- Touchette, É., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2005). Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 159*(3), 242.
- Touchette, É., Petit, D., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep medicine reviews, 13*(5), 355-361. doi:10.1016/j.smr.2008.12.001

Tsai, S-Y., Hu, W-y., Lee, Y-L., Wu, C-Y. (2013) Infant sleep problems: A qualitative analysis of first-time mothers' coping experience. *Midwifery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.005>